

**La prise en charge de la dénutrition de la personne âgée :
évolution de la situation à l'hôpital de Voiron dans le
cadre d'une démarche d'évaluation des pratiques
professionnelles**

Marie-Odile Aubert

► **To cite this version:**

Marie-Odile Aubert. La prise en charge de la dénutrition de la personne âgée : évolution de la situation à l'hôpital de Voiron dans le cadre d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles. Médecine humaine et pathologie. 2010. dumas-00629029

HAL Id: dumas-00629029

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00629029>

Submitted on 4 Oct 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Année : 2010

N°

**LA PRISE EN CHARGE DE LA DÉNUTRITION
DE LA PERSONNE ÂGÉE :**

ÉVOLUTION DE LA SITUATION A L'HÔPITAL DE VOIRON
DANS LE CADRE
D'UNE DÉMARCHE D'ÉVALUATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

THESE PRESENTEE POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE
DIPLOME D'ETAT

Marie Odile AUBERT

Née le 09 juin 1979 à Valence (26)

THESE SOUTENUE PUBLIQUEMENT A LA FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

Le : 29 mars 2010

DEVANT LE JURY COMPOSE DE

Président du jury : M. le Professeur COUTURIER Pascal

Membres :

M. le Professeur FONTAINE Eric

M. le Professeur FRANÇOIS Patrice

Mme le Docteur VIDAL-BLÜME Fabienne

Mme le Docteur CÉZARD Odile, Directrice de thèse

REMERCIEMENTS

Merci au Professeur Couturier d'avoir accepté de présider ce jury de thèse. Merci pour le temps et les conseils que vous m'avez accordés.

Merci au Professeur Fontaine et au Professeur François d'avoir accepté de juger ce travail de thèse.

Merci au Docteur Vidal-Blüme d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse. Merci Fabienne de m'avoir transmis ton intérêt pour la nutrition de la personne âgée.

Merci au Docteur Cézard d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Merci Odile pour les séances de travail et de relecture, merci pour tes encouragements.

Merci à Mme Vaillant et au Docteur Labarère pour les conseils que vous m'avez donnés. Merci au Dr Ghiotti et au Dr Bionda pour l'attention et les réponses que vous avez apportées à mes demandes.

Merci à toute l'équipe du CLAN du CH de Voiron, en particulier à Dominique Rongier, Céline Freire et Ariane Engelstein, pour votre disponibilité et vos réponses à mes nombreuses questions ;

Merci au Docteur Dimitriou et à toute l'équipe de la Médecine B, pour tout ce que j'ai appris en travaillant avec vous ;

Merci à ma famille, mes parents, Hélène, Pierre Marie, Elise, ainsi que François, Maël et Melvin pour vos encouragements et votre soutien.

Merci à mes amis qui, d'horizons différents, m'avez supportée et accompagnée chacun à votre manière.

SOMMAIRE

SOMMAIRE	4
INTRODUCTION	7
1. <i>Données générales</i>	7
2. <i>La dénutrition de la personne âgée et ses conséquences</i>	7
3. <i>La dénutrition et ses enjeux</i>	8
4. <i>Présentation de l'hôpital de Voiron</i>	9
5. <i>Objectifs de ce travail</i>	10
MATERIEL ET METHODES	11
A / LA METHODE GENERALE	11
1. <i>Déroulement de l'étude</i>	11
2. <i>Terrain de l'étude</i>	12
3. <i>L'information faite aux services avant la réalisation de l'audit</i>	12
4. <i>Les personnes réalisant l'audit</i>	12
B / LES METHODES DE RECUEIL DES DONNEES	13
1. <i>L'enquête de pratiques déclarées</i>	13
2. <i>L'enquête de pratiques observées par revue de dossiers</i>	13
C / LES ACTIONS D'AMELIORATION DES PRATIQUES	18
1. <i>La mise en place de nouveaux documents</i>	18
a) <i>L'entretien d'accueil standardisé</i>	18
b) <i>La fiche de surveillance alimentaire standardisée</i>	19
c) <i>Réflexion autour du bilan biologique standard de la dénutrition</i>	19
2. <i>Les actions sur le plan de la restauration</i>	19
a) <i>Informatisation de la commande des repas</i>	19
b) <i>Diversification des menus</i>	19
3. <i>Les actions de formation et d'information</i>	20
a) <i>Plan de formation 'Nutrition' au CH de Voiron</i>	20
b) <i>Présentation des résultats de l'audit de juin 2007</i>	20
c) <i>Temps d'information en juin 2009</i>	20
4. <i>Les autres actions du CLAN</i>	21
D / ANALYSES STATISTIQUES	21
RESULTATS	22
A / ETUDE COMPARATIVE DES RESULTATS DES ENQUETES DE PRATIQUES OBSERVEES PAR REVUE DE DOSSIERS DE 2007 ET 2009	23
1. <i>La population des 75 ans et plus présente lors des audits</i>	23
2. <i>Les dossiers étudiés (Tableau 3)</i>	23
3. <i>Les pratiques observées</i>	24

B / ETUDE COMPARATIVE DES RESULTATS DES ENQUETES DE PRATIQUES DECLAREES EN 2007 ET 2009	26
1. <i>Les soignants et les médecins ayant répondu au questionnaire oral</i>	26
2. <i>La présence de patients dénutris dans les services</i>	26
3. <i>La recherche de facteurs de risque de dénutrition à l'entrée</i>	26
a) <i>La réalisation d'un entretien d'accueil</i>	26
b) <i>La texture des aliments</i>	26
(Réponses à la question : 'Qui décide de la texture des aliments ?' – Figure 3).....	26
4. <i>Les mesures anthropométriques</i>	27
a) <i>Le matériel de pesée dans les services</i>	27
b) <i>La mesure du poids</i>	28
c) <i>La taille et l'IMC</i>	28
5. <i>Les autres outils d'évaluation de la dénutrition cités par les soignants</i>	29
6. <i>La surveillance de la prise alimentaire</i>	29
7. <i>Les pratiques de prise en charge nutritionnelle</i>	30
a) <i>Les actions mises en œuvre dans les services en cas de dénutrition de la personne âgée de 75 ans et plus, citées par les soignants (question ouverte)</i>	30
b) <i>Les collations</i>	31
c) <i>L'adaptation de l'alimentation</i>	33
8. <i>La prise en charge par la diététicienne</i>	33
C / RESULTATS CONCERNANT LES ITEMS AJOUTES DANS L'ENQUETE DE PRATIQUES OBSERVEES EN 2009	35
1. <i>Les facteurs de risque de dénutrition et l'impact de l'entretien d'accueil</i>	35
2. <i>L'évaluation de la dénutrition : l'utilisation de la biologie</i>	35
3. <i>L'utilisation de la surveillance alimentaire et l'estimation de l'appétit</i>	35
4. <i>Les pratiques de prise en charge nutritionnelle</i>	36
a) <i>La prescription des collations et leur traçabilité</i>	36
b) <i>L'adaptation de la texture pendant l'hospitalisation</i>	36
c) <i>L'adaptation de l'alimentation</i>	36
d) <i>La recherche d'autres facteurs ayant contribué à la dénutrition du patient</i>	37
e) <i>La prise en charge spécifique des facteurs favorisant la dénutrition</i>	37
5. <i>La prise en charge par la diététicienne</i>	37
6. <i>L'évaluation de la prise en charge nutritionnelle et la coordination de la prise en charge du patient</i>	38
D / LE TEMPS DES REPAS A L'HOPITAL	39
1. <i>Les horaires des repas et la durée du jeûne nocturne à l'hôpital de Voiron</i>	39
2. <i>L'aide humaine nécessaire et les effectifs soignants</i>	39
a) <i>L'aide à l'installation au repas et l'aide à la prise alimentaire</i>	39
b) <i>Le nombre de soignants dans les services</i>	40
c) <i>Le temps imparti pour l'aide à l'alimentation</i>	40
DISCUSSION	41
A/ DISCUSSION DES MATERIELS ET METHODES ET LIMITES DE CETTE ETUDE.....	42
B/ DISCUSSION DES RESULTATS.....	43
1. <i>La notion de dénutrition dans les services</i>	43
2. <i>La recherche de facteurs de risque de dénutrition par l'entretien d'accueil standardisé</i>	43

3.	<i>Les mesures anthropométriques et les autres paramètres de l'évaluation nutritionnelle</i>	44
a)	<i>Le poids</i>	44
b)	<i>La taille et l'IMC</i>	46
c)	<i>Les autres paramètres nutritionnels</i>	47
4.	<i>L'évaluation de la prise alimentaire et de l'appétit</i>	48
5.	<i>Les pratiques de prise en charge de la dénutrition au CH de Voiron</i>	50
6.	<i>L'évaluation de la prise en charge nutritionnelle et la coordination de la prise en charge du patient âgé dénutri</i>	52
7.	<i>Le temps des repas</i>	52
	C/ PROPOSITIONS D'ACTIONS D'AMELIORATION DES PRATIQUES	53
	ANNEXES	55
	ANNEXE 1 : L'ENTRETIEN D'ACCUEIL STANDARDISE	56
	ANNEXE 2 : LA FICHE DE SURVEILLANCE ALIMENTAIRE	57
	ANNEXE 3 : ETUDE COMPARATIVE DU RECUEIL DES PARAMETRES DE DEPISTAGE DE LA DENUTRITION DANS LES DOSSIERS DES PATIENTS ESTIMES DENUTRIS ET NON ESTIMES DENUTRIS DE 75 ANS ET PLUS LORS DE L'AUDIT D'OCTOBRE 2009	58
	ANNEXE 4 : DONNEES DU PMSI	61
	ANNEXE 5 : PROPOSITION D'UN OUTIL DE PRISE EN CHARGE DE LA DENUTRITION DE LA PERSONNE AGEE	62
	ANNEXE 6 : SYNTHESE DES PROPOSITIONS D'ACTIONS D'AMELIORATION DES PRATIQUES	64
	BIBLIOGRAPHIE	68

INTRODUCTION

1. Données générales

Actuellement la population âgée est en constante augmentation [1] : En 2005, 21% des français avaient plus de 60 ans (soit plus de 12,5 millions de personnes), 8% plus de 75 ans, et 1,8% plus de 85 ans (contre respectivement 17%, 4% et 1% en 1960). Ces chiffres évoluent de façon exponentielle, avec en 2050 la prévision d'une multiplication par 2 de la population des plus de 60 ans, et par 2,2 des plus de 75 ans. Les centenaires seront 10 fois plus nombreux en 2050 (de 15 000 en 2005 à 165 000 en 2050).

La limite qui définit la population âgée est difficile à définir parce qu'évolutive. Administrativement, elle se situe à 60 ans, âge de la retraite. En santé, les seuils retenus pour définir la personne âgée varient entre 70 et 75 ans selon les auteurs et les époques [2].

La population vieillissante est hétérogène, cependant elle peut être regroupée en 3 types de sujets âgés [3], qui définissent des groupes de sujets à risque :

- Ceux qui présentent un **vieillessement réussi**, en bonne santé, ou présentant une seule pathologie chronique, bien contrôlée. Ils sont 45 à 50% des plus de 75 ans, autonomes, sans troubles cognitifs, et dont l'état nutritionnel est bon.
- Ceux que l'on dit **fragiles**, vulnérables aux épisodes de stress (pathologique ou psycho environnemental), souvent poly-pathologiques, poly-médiqués, et dont l'état nutritionnel est précaire. Ils sont 25 à 35% des sujets âgés.
- Ceux qui présentent un **handicap, physique ou psychique**, et dont la poly-pathologie est responsable d'une dépendance plus ou moins complète. Leur état nutritionnel est altéré de façon quasi-constante, et aggravé par la succession d'évènements infectieux, l'immobilisation, la présence d'escarres. Ils sont 10 à 15% des sujets âgés, le plus souvent en institution ou nécessitant des aides à domicile.

2. La dénutrition de la personne âgée et ses conséquences

La dénutrition protéino-énergétique résulte d'un déséquilibre entre les apports et les besoins protéino-énergétiques de l'organisme [4]. Elle concerne 3% des sujets âgés à domicile (10% au-delà de 80 ans), environ 50% des patients hospitalisés en court séjour et 19 à 60% des personnes en institution [2]. Les conséquences de la dénutrition chez la personne âgée

sont multiples (altération des capacités fonctionnelles, augmentation du risque d'infection nosocomiale, du risque d'escarre, diminution de la qualité de vie, mise en jeu du pronostic vital) et se succèdent en cascade si elles ne sont pas prises en charge précocement. Tout épisode aigu, en particulier en cas d'hospitalisation, est un facteur de risque d'aggravation ou d'apparition d'une dénutrition pour la personne âgée [5]. La mortalité augmente avec le degré de dénutrition [2]. Lors d'une hospitalisation via les urgences, elle est un facteur de risque de mortalité indépendant à court et à moyen terme [6, 7]. De plus, après un épisode aigu, la récupération (autonomie, capacités fonctionnelles, réserves nutritionnelles) est toujours incomplète chez le sujet âgé et demande un temps 3 à 4 fois supérieur à la période aiguë [2].

3. La dénutrition et ses enjeux

De nombreuses études [8-10] montrent que si la dénutrition de la personne âgée est reconnue par les professionnels de santé, elle est trop peu dépistée et prise en charge aussi bien en médecine de ville qu'en établissement de santé.

Les plans d'action nationaux successifs 'Nutrition Santé' en 2001-2005 [11] puis 2006-2010 [12] ont mis l'accent sur les risques de la dénutrition dans la population âgée et sur sa prévention, en la ciblant par un des 9 objectifs nutritionnels spécifiques : **'Prévenir, dépister, limiter la dénutrition de la personne âgée** et améliorer leur statut en calcium et vitamine D'. De plus, **'Prévenir, dépister et prendre en charge** les troubles nutritionnels dans le système de soins' et 'engager des **mesures et actions de santé publique complémentaires** destinées à des groupes spécifiques de population' étaient 2 des 6 axes stratégiques proposés lors du premier Plan National Nutrition Santé. Il s'agissait notamment de relancer et réorganiser la proposition de la mission ministérielle de 1997 [13] sur la création de Comités de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) hospitaliers [14].

Par ailleurs, le dépistage des troubles nutritionnels a été ciblé comme un indicateur-qualité par le programme de recherche COMPAQH (COordination pour la Mesure de la Performance et l'Amélioration de la Qualité Hospitalière) [15] : Les paramètres évalués sont le poids, la variation de poids et l'Indice de Masse Corporelle (IMC) [16]. Après expérimentation, dix indicateurs-qualités, dont celui-ci, ont été généralisés depuis début 2010 [17]. Dans le cadre de la certification dite V2010 (3^e version initiée en 2010), les établissements de santé ont obligation de les intégrer dans le processus d'amélioration continue de la qualité.

L'ordonnance du 24 avril 1996 [18] a rendu obligatoire l'accréditation des établissements de santé, dont l'objectif est l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. L'hôpital de Voiron est dans cette dynamique depuis octobre 2004 [19]. La certification dite V2007 (2^o version initié en 2007) comportant la mise en place d'Evaluations des Pratiques Professionnelles (EPP) a été clôturée en octobre 2009 avec la visite des experts.

4. Présentation de l'hôpital de Voiron

L'hôpital de Voiron comporte 260 lits de médecine (dont 12 en soins intensifs, 5 d'Unité d'Hospitalisation de Très Courte Durée – aux urgences), de chirurgie (dont 8 d'Hôpital de Jour) et d'obstétrique (dont 6 lits de néonatalogie), 40 lits de soins de longue durée et 80 lits en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) dont l'activité relève de l'hébergement médicosocial et d'une tarification d'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ses principales activités de soins sont la médecine, la chirurgie, l'obstétrique, les soins de longue durée et l'EHPAD.

Il s'agit d'une structure de proximité, d'accueil, de traitement et d'orientation des urgences renforcée par de nombreuses conventions avec le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Grenoble, les centres hospitaliers voisins et une participation ancienne à des réseaux médicaux : douleur, cancérologie, périnatalité...

20 % des patients viennent de Voiron, 12 % de Rives, le reste provenant de 11 communes avoisinantes, le bassin de santé correspondant à une population de 150 000 habitants. Ce bassin excède les limites de la communauté d'agglomération du pays voironnais, et connaît une forte croissance démographique (la maternité du Centre Hospitalier (CH) de Voiron enregistre près de 1 500 naissances par an).

Dans le **Schéma Régional d'Organisation Sanitaire et Social**, le CH de Voiron participe au territoire de santé Grenoble-La Mure-Voiron, dont il est une des trois zones de soins de proximité (comptabilisant un peu moins de 20% de la population de ce bassin – le deuxième de Rhône Alpes en terme de population).

Le **secteur restauration** de l'hôpital de Voiron comporte une cuisine autogérée, en liaison froide, agréée par la Direction des Services Vétérinaires, assurant la préparation des repas des malades de l'hôpital et des résidents de l'EHPAD de Coublevie, ainsi que le service du restaurant du personnel. Depuis le 1^o mars 2009, elle assure la production des repas pour l'hôpital local de Saint-Geoire-en-Valdaine. Le volume de production correspond à 1000 repas servis par jour. Avec 1,70 Equivalent Temps Plein (ETP) de diététiciennes, 20 ETP en cuisine et 1 chef de cuisine.

Environ un quart de la population accueillie chaque année à l'hôpital de Voiron est âgée de 75 ans et plus. Aucune sensibilisation n'avait été réalisée jusque là sur les risques et conséquences de la dénutrition chez la personne âgée. Ainsi, le dépistage et la prise en charge de la dénutrition étaient très rares dans la plupart des services, malgré la proportion importante de patients dénutris en hospitalisation et en institution révélée par des différentes études [2].

5. Objectifs de ce travail

L'objectif principal de cette thèse était d'évaluer les pratiques et les connaissances des soignants en cas de dénutrition de la personne âgée de 75 ans et plus à l'hôpital de Voiron. Les objectifs secondaires étaient de mesurer l'évolution de ces pratiques après différentes actions (mise en place d'outils dans le dossier de soins, informations auprès des soignants et des médecins, projet de soins de l'équipe de diététiciennes) et d'identifier de nouveaux projets pour poursuivre l'amélioration de ces pratiques.

MATERIEL ET METHODES

A / La méthode générale

Il s'agit d'une **évaluation des pratiques professionnelles** (EPP), basée sur la réalisation de 2 **audits**, en juin 2007 puis en octobre 2009.

1. Déroulement de l'étude

La première étape a été l'audit de juin 2007, coordonné par le Dr Fabienne Vidal-Blüme. Il a permis un état des lieux des pratiques en cas de dénutrition des patients âgés de 75 ans et plus à l'hôpital de Voiron. Le Comité de Liaison Alimentation Nutrition (CLAN) mis en place à la même période, a proposé et réalisé des actions d'améliorations des pratiques. Le deuxième audit, pour lequel j'ai pris le relais du Dr Vidal-Blüme, a eu lieu en octobre 2009, sur le même principe que celui de juin 2007, en élargissant le recueil des données aux critères-qualités proposés par la Haute Autorité de Santé (HAS) en janvier 2008 [20].

Le **premier audit** a été réalisé le 8 juin 2007.

Les **actions mises en place**, entre début 2008 et juin 2009 ont comporté plusieurs axes :

- proposition d'un entretien d'accueil des patients à l'entrée (commun à tous les services du CH de Voiron) avec un axe fort sur le besoin fondamental du 'boire et manger',
- travail sur le poids, et la notion de perte de poids,
- standardisation de la feuille de surveillance alimentaire,
- travail sur le bilan biologique de la dénutrition,
- informatisation de la commande des repas,
- réflexion sur l'apport calorique et protidique journalier, et sur le plateau repas de la personne âgée,
- proposition d'un plan de formation nutrition au CH de Voiron.

Des temps d'information ont aussi été réalisés dans chaque service en juin 2008 (résultats du premier audit) et en juin 2009.

Le **deuxième audit** s'est déroulé sur 2 jours, les 20 et 22 octobre 2009, pour des raisons de disponibilité et de temps.

2. Terrain de l'étude

a) En juin 2007, 9 **services** ont été **audités** :

- Les 4 services de médecine : Gastro-entérologie (A), Médecine Interne et Cardiologie (B), Gériatrie (C et D),
- Les 2 services de chirurgie : Orthopédie (C2), Chirurgie digestive (D3),
- Le long séjour et l'EHPAD, répartis en 3 unités : EHPAD A, B, et C.

b) Le **nombre de lits** total des services étudiés est le même en 2007 et en 2009 : 267 lits. La répartition a cependant évolué : passage de 103 lits de court séjour à 93 lits (diminution de 10 lits de la capacité en médecine D depuis septembre 2009) et passage de 110 à 120 lits en EHPAD (10 lits étaient fermés pour travaux en 2007).

c) **Le personnel répondant à l'enquête de pratiques déclarées** :

Les **soignants** (Infirmier(ère)s Diplômé(e)s d'Etat - IDE, Aides Soignant(e)s - AS, Agents de Service Hospitalier - ASH, cadre de santé, diététicienne) **et les praticiens** (médecins et chirurgiens) disponibles le jour de l'audit et connaissant le service et ses pratiques ont été interrogés dans chaque service. Un seul questionnaire a été rempli par service.

3. L'information faite aux services avant la réalisation de l'audit

Une information par mail, comportant date, heure, présentation de l'audit et de son objectif, a été envoyée aux chefs de services et aux cadres de santé avant chaque audit.

Il était aussi demandé que la liste des patients de 75 ans et plus estimés dénutris par les praticiens de service soit prête à l'arrivée de l'équipe réalisant l'audit.

4. Les personnes réalisant l'audit

Il s'agit de soignants, diététiciennes, cadres, médecins et chirurgiens dont l'activité est intéressée par la dénutrition de la personne âgé de 75 ans et plus, sans autre critère de sélection. Chacun a participé à la réalisation des grilles de recueil. Le principe de l'hétéro-évaluation a été retenu (les personnes réalisant l'audit sont allées dans les services où elles n'intervenaient pas).

B / Les méthodes de recueil des données

Chaque audit a comporté :

- une **enquête de pratiques déclarées** à destination des soignants et des médecins, relatif aux pratiques de prise en charge de la dénutrition de la personne âgée en cours dans chaque service,
- une **enquête de pratiques observées, transversale, un jour donné, par revue de dossiers** reprenant une partie des items de l'interrogatoire oral.

L'évaluation des pratiques professionnelles par ces 2 moyens devait permettre, au-delà d'une confrontation entre théorie et pratique, d'évaluer la perception et la sensibilité au problème de la dénutrition de la personne âgée par les soignants et les médecins.

1. L'enquête de pratiques déclarées

Le questionnaire de juin 2007 était issu d'un document utilisé en 2005 au CHU de Grenoble pour faire un état des lieux avant la mise en place du CLAN.

Le questionnaire d'octobre 2009 a été réalisé à partir de celui de juin 2007. Les modifications ont tenu compte des actions d'amélioration réalisées entre juin 2007 et octobre 2009 et de la volonté d'évaluer d'autres éléments.

Le tableau 1 récapitule les items abordés dans le questionnaire oral et les modifications entre 2007 et 2009.

2. L'enquête de pratiques observées par revue de dossiers

a) Le **questionnaire** utilisé en 2007 reprenait une partie des questions de l'interrogatoire oral. Le questionnaire de 2009 a été réalisé à partir de celui de 2007. Plusieurs questions ont été ajoutées (sur les pratiques de prise en charge nutritionnelle, l'évaluation et la coordination de la prise en charge), elles reprennent les critères-qualité proposés dans le référentiel HAS de janvier 2008 [20]. D'autres questions ajoutées en 2009 ont permis de préciser certaines pratiques. Le tableau 1 précise les questions ajoutées, et fait la synthèse des items abordés dans les différents questionnaires en 2007 et en 2009.

b) Les critères de sélection des dossiers

Pour recueillir un échantillon représentatif des 9 services étudiés, un maximum de **5 dossiers** étaient sélectionnés **par service** (pour un total de 45 dossiers étudiés au maximum).

Les dossiers étudiés ont été choisis au hasard, dans une liste réalisée dans chaque service, selon les critères ci-dessous :

- Patients âgés de **75 ans et plus**,
- **Estimés dénutris par les praticiens du service** (aucun critère n'était donné pour réaliser cette sélection).

Pour les données recueillies dans les dossiers des EHPAD, en 2007 comme en 2009, les documents étudiés correspondaient aux éléments des dossiers de soins disponibles dans le service au moment de l'audit, ainsi que les dossiers médicaux. Ces données n'étaient cependant pas superposables selon les unités de l'EHPAD, le dossier de soins étant régulièrement archivé pour certains dossiers. Aucune limitation dans le temps n'était donnée pour l'étude des dossiers.

Les dossiers des résidents entrés avant juin 2009 étudiés en EHPAD comportaient une ancienne version d'entretien d'accueil (différente de celle contenue dans le dossier patient depuis juin 2009), ils ont été exploités en l'état.

Tableau 1 : Récapitulatif des items recherchés dans les dossiers et lors des enquêtes de pratiques déclarées en 2007 et en 2009.

Items	Enquête de pratiques observées par revue de dossiers		Enquête de pratiques déclarées	
	2007	2009	2007	2009
- Accueil de patients estimés dénutris dans le service			X	X
ENTRETIEN D'ACCUEIL				
- Réalisation d'un entretien d'accueil	X	X	X ⁱ	
- Recueil d'informations sur l'alimentation	X	X	X ⁱ	
- Choix de la texture des aliments			X	X
- Lieu d'indication de la texture alimentaire (hors entretien d'accueil)		X		
- Prescription d'une texture alimentaire lors de la présence de troubles de la déglutition		X		
- Traçabilité de l'aide aux repas		X		
SURVEILLANCE ALIMENTAIRE ET EVALUATION DE L'APPETIT				
- Surveillance alimentaire des patients estimés dénutris	X	X	X	X
• Sur quel support ?	X	X	X	X
• Qui a l'initiative ?	X	X	X	X
• Qui note les ingestas ?	X	X	X	X
• Traçabilité ?		X		
• Prescription après la surveillance alimentaire ?		X		
- Evaluation de l'appétit		X		
MESURES ANTHROPOMETRIQUES				
- Matériel de pesée : Modèle ?			X	X
• Etat de marche ?			X	X
• Précision ?			X ⁱⁱ	
- Poids ⁱⁱⁱ	X	X	X	X
• Qui pèse ?			X	X
• Poids demandé (si pas de pesée) ?			X	X
- Fréquence de pesée instituée ?	X	X	X	X
• A quelle fréquence ?	X	X	X	X
• Demandée par qui si la fréquence varie ?				X

Items	Enquête de pratiques observées par revue de dossiers		Enquête de pratiques déclarées	
	2007	2009	2007	2009
- Variation de poids	X	X	Xⁱ	
• Pourcentage calculé ?		X		
• Diagnostic de dénutrition mentionné ? Degré de sévérité ?		X		
- Taille	X	X	X	X
- IMC	X	X	X	X
AUTRES OUTILS D'EVALUATION DE LA DENUTRITION				
- Biologie		X		
• Diagnostic de dénutrition mentionné ? Degré de sévérité ?		X		
- Autres outils d'évaluation de la dénutrition connus ? Lesquels ?	X	X	X	X
• Sont-ils utilisés ?			X	X
PRATIQUES DE PRISE EN CHARGE NUTRITIONNELLE				
- Proposition de Collations	X	X	X	X
• Fréquence	Xⁱⁱⁱⁱ		X	X
• Horaires			X	X
• Nature	Xⁱⁱⁱⁱ		X	X
• Critères de distribution		X		X
- Adaptation de la texture pendant l'hospitalisation		X		
- Stratégies mises en œuvre en cas de dénutrition citées par les soignants			X	X
- Adaptation de l'alimentation (enrichissement de l'alimentation, CNO, traçabilité des CNO et collations)		X		
- Proposition de CNO		X	X	X
- Alimentation artificielle		X		
- Recherche de facteurs favorisant la dénutrition		X		
- Prise en charge des facteurs favorisants		X		
- Motifs d'appels de la diététicienne dans les services			X	X
- Les missions de la diététicienne sont-elles claires ?			X	X
- Le temps de présence de la diététicienne dans les services est-il suffisant ?			X	X
• Evaluation du temps passé dans les services			Xⁱⁱⁱⁱ	

Items	Enquête de pratiques observées par revue de dossiers		Enquête de pratiques déclarées	
	2007	2009		2007
EVALUATION ET COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE				
- Evaluation de la tolérance et de l'observance de la prise en charge thérapeutique		X		
- Traçabilité de la notion de dénutrition		X		
- Suivi de la dénutrition		X		
LE TEMPS DES REPAS A L'HÔPITAL				
- Horaires des repas et durée du jeûne nocturne			X	X
- Nombre de patients à installer ou à faire manger			X	X
- Le personnel soignant présent dans les services				X

Notes :

ⁱ : Ces questions n'ont pas été posées en 2009 car l'entretien d'accueil était standardisé et comprenait les informations sur l'alimentation recherchées en 2007. Il devait être rempli dans les 48h de l'entrée du patient si sa durée prévisible d'hospitalisation était supérieure à 5 jours.

ⁱⁱ : La précision du matériel de pesée est vérifiée chaque année par une entreprise extérieure, convoquée de manière centralisée par l'hôpital.

ⁱⁱⁱ : Pour l'enquête de pratiques observées : Les poids retrouvés sur les feuilles de températures ou les fiches spécifiques en EHPAD, dans les transmissions ciblées ou dans les observations médicales (dans les Evaluations Gériatriques Standardisées en EHPAD) étaient considérés comme ayant été mesurés. Les poids retrouvés dans les entretiens d'accueil étaient considérés comme ayant été demandé au patient.

ⁱⁱⁱⁱ : Ces questions ont été omises lors de la rédaction des questionnaires de 2009.

C / Les actions d'amélioration des pratiques

La première réunion du CLAN a eu lieu en février 2008, elle a permis le vote du règlement intérieur, l'élection du bureau et la planification des actions d'amélioration.

1. La mise en place de nouveaux documents

a) L'entretien d'accueil standardisé

L'entretien d'accueil (Annexe 1) est un recueil standardisé des informations relatives aux patients à l'entrée. Il a été rédigé à partir des 14 besoins de Virginia Henderson [21], et comporte un axe fort sur le besoin fondamental du 'boire et manger', la notion de poids et celle de perte de poids.

Selon le Guide de tenue du dossier patient (Version année 2009), l'entretien d'accueil 'permet de mieux connaître les besoins de la personne soignée, ses habitudes de vie et d'adapter les soins (...)'. Il est un 'outil de recueil de données indispensable pour les patients âgés souvent poly pathologiques et en perte d'autonomie'. Dans ce cadre, il favorise le dépistage et la prise en charge certains facteurs de risque de dénutrition [2] comme la texture alimentaire habituelle, la présence de troubles de la déglutition, le port d'appareils dentaires, les aversions et les régimes, l'aide nécessaire à l'installation pour le repas, ou à la prise alimentaire.

<p>2 – Boire et manger Habitudes alimentaires :.....</p> <p>Goûts :..... Aversions :..... Prothèses dentaires : <input type="checkbox"/> inf <input type="checkbox"/> sup</p> <p>Avez-vous l'habitude de prendre des boissons alcoolisées :..... Si oui, combien :.....</p> <p>Aide à l'installation pour le repas : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Aide habituelle d'un tiers pour manger : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non..... Régime : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Si oui, lequel :.....</p> <p>Texture habituelle du repas (normal, haché, mixé).....</p> <p>Troubles de la déglutition : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non</p> <p>Etat de la bouche :.....</p> <p>Poids :..... Avez-vous perdu du poids récemment (nombre de kilos) :.....</p>
--

Figure 1 : Extrait du document Entretien d'accueil – Habitudes de vie

L'entretien d'accueil a été mis en place en même temps que la totalité du nouveau dossier patient en juin 2009. Les cadres de santé avaient la charge de présenter et d'expliquer dans leur service, le nouveau dossier de soins comportant cet entretien d'accueil standardisé.

b) La fiche de surveillance alimentaire standardisée

(Groupe de travail du CLAN 11 mars 2008 - Annexe 2)

Le but était de proposer une fiche de surveillance alimentaire facile à renseigner, disponible pour les professionnels et utilisable par les médecins et la diététicienne et d'harmoniser celles déjà existantes (au nombre de 3) sur le CH de Voiron.

Extrait du 'Guide de tenue du dossier patient' du CH de Voiron, 2009 : 'Cette fiche [...] est à utiliser chaque fois qu'un patient est dénutri ou en risque de dénutrition. [...] Le document simplifié permet de réaliser une surveillance d'au moins 3 jours (plus sur prescription médicale) et un travail en collaboration étroite avec le service diététique. [...] Cette fiche peut être mise en oeuvre à l'initiative des soignants (ex : plateau non consommé sur au moins 2 repas petit déjeuner et repas de midi)'.

La fiche a été testée dans les services de médecine A et D, et validée lors de la séance plénière du 26 juin 2008. Elle a été intégrée dans le nouveau dossier patient.

c) Réflexion autour du bilan biologique standard de la dénutrition

(Groupe de travail CLAN du 7 avril 2008)

Comme le préconise la HAS dans le document de synthèse 'Pratique de prise en charge de la personne âgée en cas de dénutrition protéino-énergétique' de 2007 [25], le bilan biologique retenu a été le dosage de l'albumine, de la pré-albumine et de la CRP lorsque l'albumine est abaissée. Cependant il n'a pas été possible de proposer un item 'bilan nutritionnel' sur les bons de biologie, les dosages sont donc à cocher individuellement.

2. Les actions sur le plan de la restauration

a) Informatisation de la commande des repas

Un logiciel de commande des repas, Orbis[®], a été acquis puis installé au CH de Voiron depuis le 14 octobre 2008. Les soignants concernés (Aides soignantes et ASH) et le cadre de chaque service ont participé à une formation les 6 et 7 octobre 2008. Après la mise en place du logiciel, les diététiciennes sont passées dans chaque service pour faire le point, donner des explications manquantes sur la prise de commande des repas ainsi que sur les nouvelles catégories alimentaires proposées, avec à l'appui, un document remis dans chaque service.

b) Diversification des menus

Un menu 'senior' était proposé à l'hôpital de Voiron depuis 10 ans dans les services de l'EHPAD et du long séjour. Il est proposé aux patients des services de court séjour depuis octobre 2008 (date de l'informatisation de la commande des repas). Ce menu comporte entre 1800 et 1900 kcal et 60g de protéines. Sa particularité réside dans le fait de supprimer le hors

d'œuvre (pour lesquels le premier plat mangé est souvent l'unique) et de proposer un dessert en plus ou un fromage blanc le matin au petit déjeuner.

Une nouvelle texture ('haché' en plus des textures 'normal' ou 'mixé' proposées auparavant) est proposée depuis octobre 2008. Une réflexion est en cours pour la création d'un menu 'Confort' avec l'équipe des soins palliatifs depuis novembre 2009.

3. Les actions de formation et d'information

a) Plan de formation 'Nutrition' au CH de Voiron

La formation 'Nutrition' au CH de Voiron n'a pas pu avoir lieu au cours de l'année 2008-2009 et a été programmée pour 2009-2010. Elle dure une demi-journée (3 fois une heure de cours), est proposée aux soignants (AS en premier lieu) principalement, avec un éclairage triple : médical, soignant, et diététique. Trois sessions sont proposées dans l'année.

b) Présentation des résultats de l'audit de juin 2007

En juin 2008, le Dr Vidal-Blüme et Mme Rongier, diététicienne, sont passées dans chaque service (court séjour et EHPAD) pour présenter les résultats de l'audit de juin 2007 à partir d'un diaporama ainsi qu'un rappel des recommandations sur le dépistage et la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée.

c) Temps d'information en juin 2009

En juin 2009, en parallèle de la mise en place du nouveau dossier patient (comportant l'entretien d'accueil et la fiche de surveillance alimentaire), un temps d'information a été dispensé à chaque service sur le dépistage et la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée. Soignants et praticiens ont été invités à y participer. Le but de cette information était, de manière interactive, de réaliser un rappel rapide de la physiopathologie de la dénutrition de la personne âgée, des méthodes de dépistage et de prise en charge de la dénutrition chez la personne âgée. Ces temps (réunions spécifiquement provoquées ou à l'occasion de conseils de services) ont été l'occasion pour les soignants d'exprimer leurs difficultés et atouts pour mettre en place ces actions. Ces temps d'information se sont déroulés en juin 2009, sauf pour le service de chirurgie digestive (début septembre 2009) et le service de médecine D (qui n'en a pas bénéficié car le service a été fermé entre début juillet et début septembre 2009).

4. Les autres actions du CLAN

Les membres du CLAN de Voiron, en particulier les diététiciennes, ont participé régulièrement aux réunions 'interCLAN' avec les différents CLAN des établissements de santé de la Drôme, de l'Isère et des Savoies.

D / Analyses statistiques

Les données recueillies, lors les enquêtes de pratiques observées par revue de dossiers en 2007 et en 2009, ont été comparées à l'aide du test du Chi², remplacé par la probabilité exacte de Fisher en cas d'effectifs théoriques inférieurs à 5, pour les variables qualitatives. Le seuil de significativité retenu était de 0,05. L'analyse a été réalisée à l'aide d'un tableur Excel (Windows XP 2000).

RESULTATS

Dans ce chapitre :

- La partie A présente **l'étude comparative des résultats des enquêtes de pratiques observées par revue de dossiers de 2007 et 2009** ;
- La partie B présente **l'étude comparative des résultats des enquêtes de pratiques déclarées de 2007 et 2009**. Les questions ajoutées en 2009 dans l'enquête de pratiques déclarées sont présentées après l'item qu'elles précisent ;
- La partie C présente les résultats des **items ajoutés en 2009 dans l'enquête de pratiques observées** ;
- Sont ensuite présentés, dans la partie D, les résultats relatifs aux **repas et à l'aide humaine nécessaire**, issus des **audits de 2007 et 2009**.

A / Etude comparative des résultats des enquêtes de pratiques observées par revue de dossiers de 2007 et 2009

1. La population des 75 ans et plus présente lors des audits

La population des 75 ans et plus présente le jour de l'audit n'était pas significativement supérieure en 2009 (160/264 en 2007 vs 171/250 en 2009, + 7,8%, $p=0,065$) par rapport à 2007, et sa répartition n'était pas significativement différente (Tableau 2).

Tableau 2 : Répartition de la population des 75 ans et plus dans les services étudiés lors des audits de 2007 et 2009.

	2007 (N=160) n (%)	2009 (N=171) n (%)	p
Médecine	68 (42)	60 (35)	0,373
Chirurgie	9 (6)	12 (7)	
EHPAD	83 (52)	99 (58)	

Selon les praticiens, en 2009, la population des patients estimés dénutris s'élevait à 80% en médecine, 16,7% en chirurgie (soit 69,4% en court séjour), et à 33,3% en EHPAD.

2. Les dossiers étudiés (Tableau 3)

Les effectifs attendus, calculés sur la base de 5 dossiers maximum étudiés par service, tenaient compte du nombre total de patients de 75 ans et plus inférieur à 5 dans le service de chirurgie viscéral en 2007 ($n=4$) et en 2009 ($n=2$).

En fonction de ces effectifs attendus, le nombre de dossiers de patients estimés dénutris étudiés a significativement augmenté entre 2007 et 2009 (29/44 en 2007 vs 37/42 en 2009, $p=0,015$).

Tableau 3 : Répartition des dossiers des patients et résidents estimés dénutris étudiés en 2007 et en 2009, selon les services

	2007 (n=29)	2009 (n=37)
Médecine	14	20
Chirurgie	0	2
EHPAD	15	15

Comparés aux patients inclus (estimés dénutris), les patients exclus (non estimés dénutris) ne différaient pas significativement en ce qui concerne le recueil du poids, de la taille et de l'IMC en 2009 (Annexe 3). Le recueil de la biologie (42/88 non dénutris vs 27/37 dénutris, $p=0,009$) et de la variation du poids (2/88 non dénutris vs 10/37 dénutris, $p<0,01$) étaient significativement plus importants dans les dossiers des patients estimés dénutris.

3. Les pratiques observées

Pour la plupart des items étudiés, l'augmentation du recueil n'est pas significative (Tableau 4).

Tableau 4 : Evolution de la présence des données relatives à la prise en charge de la dénutrition dans les dossiers de patients estimés dénutris lors des audits de 2007 et 2009

Données recherchées dans les dossiers	2007, N=29	2009, N=37	P
	n (%)	n (%)	
Entretiens d'accueil	17 (58,6)	27 (73,0)	0,374
Items de l'entretien d'accueil			
- Texture	15 (51,7)	22 (59,5)	0,516
- Régime	17 (58,6)	16 (43,2)	0,215
- Aversions	10 (34,5)	16 (43,2)	0,611
- Appareils dentaires	6 (20,7)	16 (43,2)	0,053
- Troubles de la déglutition	6 (20,7)	13 (35,1)	0,198
- Aide à l'installation	5 (17,2)	19 (51,3)	0,004
- Aide au repas	13 (44,8)	23 (62,2)	0,160
Données anthropométriques			
Poids déclaratif	5 (17,2)	9 (24,3)	0,485
Poids mesuré	7 (24,1)	22 (59,5)	0,004
Fréquence de pesée	3 (10,3)	8 (21,6)	0,184
Variation de poids*	4 (13,8)	10 (27,0)	0,224
IMC	0 (0,0)	1 (2,7)	1
Taille	0 (0,0)	1 (2,7)	1
Fiche de surveillance alimentaire**	5 (17,2)	13 (35,1)	0,181
Collations	9 (31,0)	15 (40,5)	0,588

Notes : * Aucun pourcentage de variation de poids n'était retrouvé.

** En 2007, la **Fiche de Surveillance Alimentaire (FSA)** était spécifique à chaque service. En 2009, elle était standardisée et intégrée au dossier patient commun depuis juin sauf pour le service de chirurgie viscérale (fiche traçant la réalimentation des patients).

En ce qui concerne **l'entretien d'accueil** : 20 des 22 dossiers étudiés en court séjour en 2009 présentaient les critères pour réaliser l'entretien d'accueil (Hospitalisation depuis plus de 48h et durée moyenne de séjour prévisible supérieure à 5 jours). 12 entretiens d'accueil sur ces 20 dossiers étaient complétés (60%).

La hausse du recueil des **poids mesurés** est plus importante en court séjour qu'en EHPAD (Figure 2).

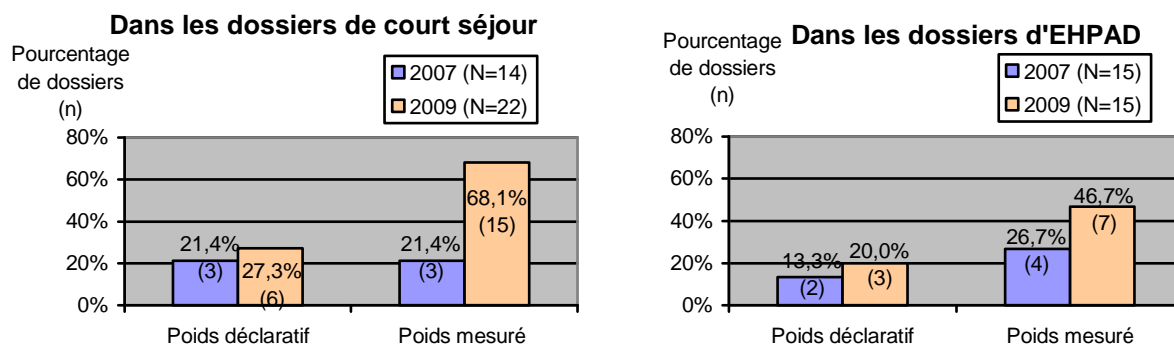


Figure 2 : Evolution des proportions de poids retrouvés dans les dossiers entre 2007 et 2009, dans les services de court séjour et d'EHPAD.

Entre 2007 et 2009, la proportion de dossiers comportant une **surveillance de la prise alimentaire tous supports confondus** (soit sur une fiche de surveillance alimentaire, soit dans les transmissions ciblées, soit sur le diagramme de soins) était stable (51,7% en 2007 vs 51,3% en 2009). En s'intéressant séparément à l'EHPAD et au court séjour : le recueil de la surveillance alimentaire dans les dossiers est en baisse de 26,7% en EHPAD (de 80% - 12/15 à 53,3% - 8/15) et en hausse de 28,6% en court séjour (de 21,4% - 3/14 à 50% - 11/22).

En ce qui concerne **l'initiative de la surveillance de la prise alimentaire** (tous supports confondus) : Les prescriptions médicales ont diminué, non significativement, entre 2007 et 2009 (10/29 en 2007 vs 9/37 en 2009, $p=0,366$). La prescription des FSA par la diététicienne est uniquement retrouvée en 2009 et dans les dossiers de court séjour. La part des soignants dans l'initiative de la surveillance alimentaire a augmenté toutes professions confondues (AS, IDE, ASH).

B / Etude comparative des résultats des enquêtes de pratiques déclarées en 2007 et 2009

1. Les soignants et les médecins ayant répondu au questionnaire oral

Au total, 9 questionnaires oraux par audit ont été remplis (un par service audité). En 2007, un seul soignant avait répondu dans chaque service (le cadre de santé pour 4 questionnaires sur 5). En 2009, 2 questionnaires sur 3 ont été remplis avec 2 soignants ou plus (infirmières, cadres, aides soignantes). Un médecin a participé dans une des unités de l'EHPAD.

2. La présence de patients dénutris dans les services

A la question orale 'Accueillez vous des patients dénutris ?', un service sur 9 avait répondu non en 2007 (la chirurgie orthopédique). En 2009, les soignants des 9 services interrogés ont répondu positivement. Il a été spécifié 'rarement' par la cadre de chirurgie orthopédique.

3. La recherche de facteurs de risque de dénutrition à l'entrée

a) La réalisation d'un entretien d'accueil

En 2007, les soignants de 6 services sur 9 disaient réaliser systématiquement un entretien d'accueil, dans 2 services, il était réalisé de manière non systématique (les critères de réalisation n'étaient pas rapportés), et un service n'en réalisait pas. La question n'a pas été posée dans le questionnaire oral de 2009, l'entretien d'accueil était considéré comme obligatoire (cf Matériel et méthode).

b) La texture des aliments

(Réponses à la question : 'Qui décide de la texture des aliments ?' – Figure 3)

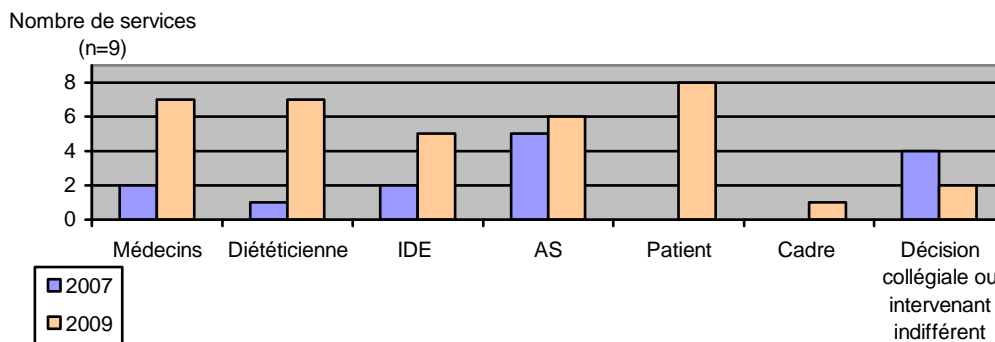


Figure 3 : Evolution de la participation de chaque intervenant dans le choix de la texture de l'alimentation du patient dans les différents services entre 2007 et 2009.

Selon les soignants, le patient était le principal décideur de la texture de ses repas en 2009 (figure 3) - dans 4 services, il décidait 'Toujours' de la texture de son alimentation - alors que son choix n'était pas pris en compte en 2007.

En 2007, les aides soignantes ou les infirmières décidaient seules de la texture des aliments dans 2 services. En chirurgie viscérale, le choix de la texture alimentaire était fait 'à l'intuition' après observation des patients. En 2009, la notion de décision collégiale apparaissait dans les réponses des soignants.

4. Les mesures anthropométriques

a) Le matériel de pesée dans les services

(Réponses à la question : 'Possédez vous un pèse-personne ?')

En 2007 et en 2009, tous les services possédaient au moins un appareil de mesure du poids, entre 1 et 2 appareils en moyenne (Tableau 5).

Tableau 5 : Types de matériel de pesée recensés dans les services lors des audits de 2007 et 2009.

Type de matériel	Année	Médecines				Chirurgies		EHPAD			TOTAL
		A	B	C	D	C2	D3	A	B	C	
Pèse personne	2007	1	1	0	1	1	1	0	0	1	6
	2009	1	1	1	1	1	1	0	0	0	6
Chaise-balance	2007	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2
	2009	0	0	1	0	0	0	1	1	1	4
Module de pesée	2007	0	0	0	1	1*	1*	1	1	0	4
	2009	0	0	0	1	1*	1*	1	1	0	4

Mèd : Médecine, Chir. : Chirurgie, EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées.

Note : * 1 seul module de pesée était mutualisé entre les 2 services de chirurgie en 2007 et en 2009.

Deux chaises balances ont été acquises en EHPAD entre 2007 et 2009. Celle de l'unité B était considérée comme inadaptée pour les résidents selon les soignants interrogés en 2009 : Son utilisation nécessitait quelques secondes d'immobilité totale au moment de la pesée, or c'était impossible pour la plupart des patients de l'unité. A l'EHPAD C, l'infirmière interrogée précisait qu'un module de pesée intégré au lève-malade deviendrait nécessaire.

Tout le matériel était en état de marche en 2007 et en 2009.

b) La mesure du poids

(Réponses aux questions : 'Le patient est-il systématiquement pesé à l'entrée ?', 'Existe-t-il une fréquence de pesée instituée dans le service ?')

Selon les soignants, les patients étaient pesés à l'entrée dans 5 services sur les 9 interrogés en 2009, contre 3 en 2007. En 2007 et en 2009, dans les services de chirurgie les patients n'étaient pas pesés à l'entrée, mais le poids était recueilli lors de la consultation d'anesthésie.

Selon les soignants, une fréquence de pesée était instituée dans 4 services sur 9 en 2007, et dans 5 services sur 9 en 2009 (la moitié des services de court séjour, et 2 des 3 unités de l'EHPAD). La fréquence de pesée instituée en court séjour était hebdomadaire en 2007 et en 2009. En 2007, elle était prévue tous les 3 mois ou plus dans l'unité de l'EHPAD, et tous les 2 ou 3 mois minimum selon l'unité de l'EHPAD en 2009. En 2009, à la question 'Qui décide de la fréquence de pesée, si elle est différente de celle instituée dans le service ?', les réponses étaient le médecin ou l'interne dans 7 services, l'équipe dans 3 services, l'infirmière dans 2 services, et l'aide soignante dans 1 service.

La notion de variation de poids antérieure à l'hospitalisation était recherchée dans 6 services sur 9 selon les soignants en 2007.

AU TOTAL, concernant le poids et la mesure du poids, les enquêtes de pratiques déclarées, en 2007 et en 2009, révélaient que :

- Plus de services pesaient les patients à l'entrée en 2009 par rapport à 2007, mais seulement 5 sur 9 ;
- Les fréquences de pesée instituées dans les services de court séjour étaient hebdomadaires, et au moins trimestrielles en EHPAD ;
- La recherche d'une variation de poids n'était pas recherchée dans tous les services en 2007, mais devait l'être en 2009 grâce à l'entretien d'accueil.

c) La taille et l'IMC

Selon les soignants, la taille n'était jamais mesurée dans les services en juin 2007, ni en octobre 2009. En 2007 et en 2009, elle était demandée en chirurgie par l'intermédiaire de la consultation d'anesthésie. L'IMC était un outil connu par les soignants interrogés dans 7 services sur 9 en 2007 et en 2009. Les soignants déclaraient qu'il était utilisé dans 3 services en 2007, et dans 1 service en 2009.

5. Les autres outils d'évaluation de la dénutrition cités par les soignants

Les soignants de 3 services sur 9 en 2007 et de 4 services en 2009 citaient d'autres grilles utilisant des paramètres nutritionnels (tableau 6).

Tableau 6 : Méthodes d'évaluation de l'état nutritionnel citées par les soignants et praticiens lors des audits de 2007 et 2009.

	2007		2009	
	Cité	Utilisé	Cité	Utilisé
Fiche Escarre	X		X	X
FSA				X
Biologie			X	X
Taille calculée par la mesure de la distance Talon - Genou, Mesure du périmètre brachial, Mesure du périmètre du mollet			X*	
MNA	X		X	
PINI	X**			

FSA : Fiche de surveillance alimentaire, MNA : Mini-Nutritional Assessment, PINI : Prognostic Inflammatory and Nutritional Index.

Notes :

* : Cité par une infirmière de l'EHPAD en cours de Diplôme Universitaire de gériatrie.

** : Cité par un médecin

La Fiche-Escarre est un outil d'évaluation du risque d'escarre chez les patients. Elle permet, selon le guide de tenue du dossier patient version année 2009, 'd'adapter les soins au plus près des besoins dans différents domaines (type de matelas, mobilisation, nutrition, soins préventifs et curatifs...)' Elle fait partie du dossier patient doit être renseignée dans les 48h de l'entrée du patient. Elle comporte un item sur l'état nutritionnel du patient.

6. La surveillance de la prise alimentaire

Selon les soignants, la surveillance alimentaire était mise en œuvre en cas de dénutrition dans les 9 services interrogés, en 2007 comme en 2009. L'évaluation de la prise alimentaire était systématique pour tous les patients en chirurgie viscérale (et correspondait au suivi de la réalimentation) en 2007 et en 2009.

Selon les soignants, le **support de la surveillance de la prise alimentaire** était une fiche de surveillance spécifique dans les 9 services interrogés en 2009, contre 7 en 2007. Les

soignants disaient aussi utiliser les transmissions ciblées et les transmissions orales pour la surveillance alimentaire.

Selon les soignants, **la décision de réaliser une surveillance alimentaire** était prise le plus souvent par le médecin en 2007 (dans 5 services sur 9) comme en 2009 (dans 2 tiers des services). En 2009, la diététicienne était à l'origine des surveillances alimentaires dans 2 tiers des services (contre un sur 9 en 2007) et les infirmières et les aides soignantes prenaient part à la décision dans plus de services.

La personne relevant la prise alimentaire était, dans tous les services, en 2007 comme en 2009, la personne ayant donné à manger ou relevant le plateau du patient ou du résident (AS, ASH ou IDE).

AU TOTAL, concernant la surveillance de la prise alimentaire, selon les enquêtes de pratiques déclarées réalisées dans les services en 2007 et en 2009 :

- Les soignants savaient mettre en place une surveillance alimentaire quand un patient était estimé dénutri ;
- La fiche de surveillance alimentaire était utilisée en 2009 dans tous les services (progression par rapport à 2007) ;
- Les personnes qui décidaient de la surveillance alimentaires étaient d'abord le médecin, la diététicienne (en forte progression par rapport à 2007), puis les soignants ;
- La personne relevant la prise alimentaire était celle qui faisait manger ou qui relevait le plateau du patient ou du résident.

7. Les pratiques de prise en charge nutritionnelle

a) Les actions mises en œuvre dans les services en cas de dénutrition de la personne âgée de 75 ans et plus, citées par les soignants (question ouverte)

Les stratégies mises en œuvre par les soignants et les praticiens étaient diverses en 2007 comme en 2009 et citées de manières inégales selon l'audit (Figure 4). Il est difficile de percevoir une évolution entre 2007 et 2009.

Dans ces pratiques, on retrouve :

- Des paramètres pour objectiver la dénutrition et son degré de sévérité (biologie, fiche de surveillance alimentaire, surveillance du poids),
 - La prise en charge professionnalisée par la diététicienne,
 - Différentes pratiques pour augmenter et adapter la prise alimentaire selon le patient (Introduction d'un régime spécifique, encouragement des apports extérieurs - c'est-à-dire

encourager l'entourage à apporter ce que le patient aime, ajout de CNO, proposition de collations, adaptation des plateaux selon les goûts du patient, fractionnement des repas pour augmenter la ration alimentaire, choix des aliments les plus caloriques/enrichissement de l'alimentation)

- La prise en charge étiologique (recherche d'un problème médical sous-jacent),
- La prise en charge médicamenteuse (Cétornan®),
- La mise en place d'une nutrition artificielle (nutrition parentérale lorsque le patient est à jeun),
- La prise en charge des complications (réévaluation de la fiche Escarres).

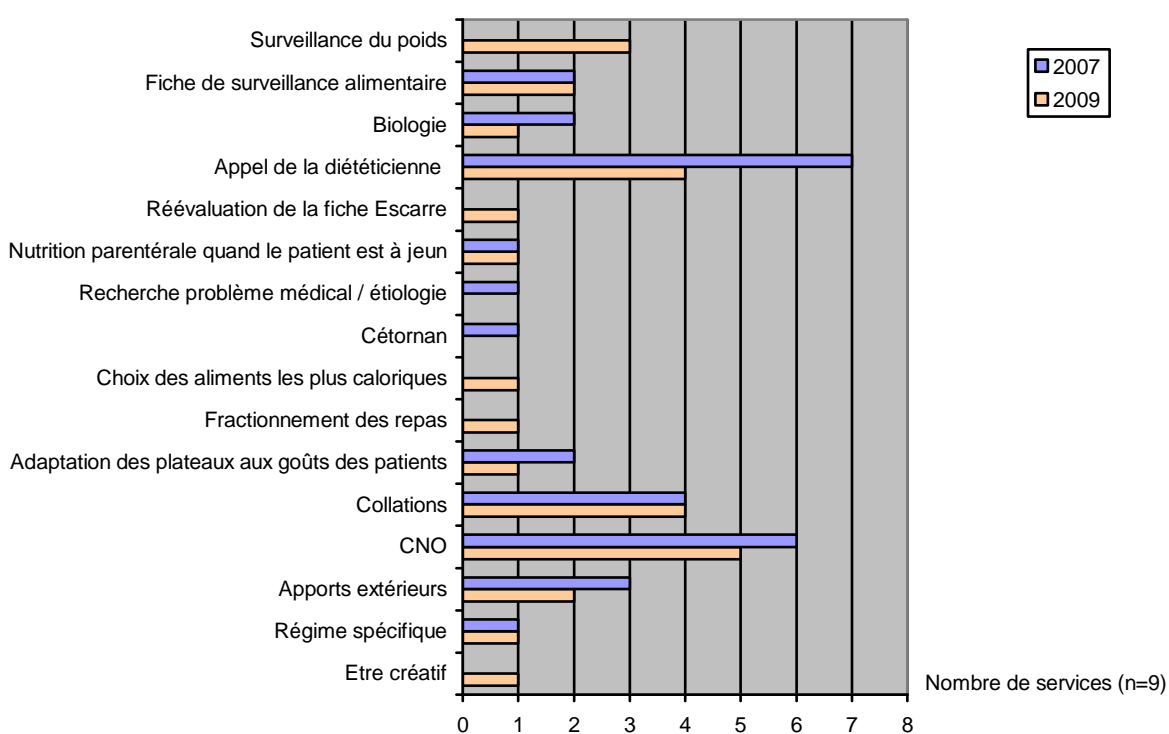


Figure 4 : Actions mises en oeuvre dans les services quand un patient est estimé dénutri, réponses des soignants et praticiens à l'enquête de pratiques déclarées lors des audits de 2007 et 2009.

b) Les collations

Selon les soignants, les 3 unités de l'EHPAD proposaient quotidiennement des collations, en 2007 comme en 2009.

En 2007, la chirurgie viscérale distribuait des collations systématiquement du fait d'une activité d'hôpital de jour. Cette activité était indépendante en octobre 2009. En 2009, aucun des services de chirurgie ne proposaient de collation systématique.

En 2007, un des 4 services de médecine distribuait systématiquement une boisson aux patients. En 2009, aucun des services de médecine ne distribuait quotidiennement de

collation. L'été, une boisson fraîche était distribuée aux patients ; le café était parfois proposé dans un service, mais la plupart des collations étaient distribuées sur prescription.

La fréquence des collations, en 2007 comme en 2009, variait de 1 à 2 par jour selon le patient et la prescription. Une collation nocturne était rarement proposée selon un des médecins de l'EHPAD.

Les types de collations proposées dans les services (figure 5) : Les types de collation proposées par les services était plus variées en 2009 par rapport à 2007. En 2007, un service spécifiait que les CNO étaient distribués sur prescription.

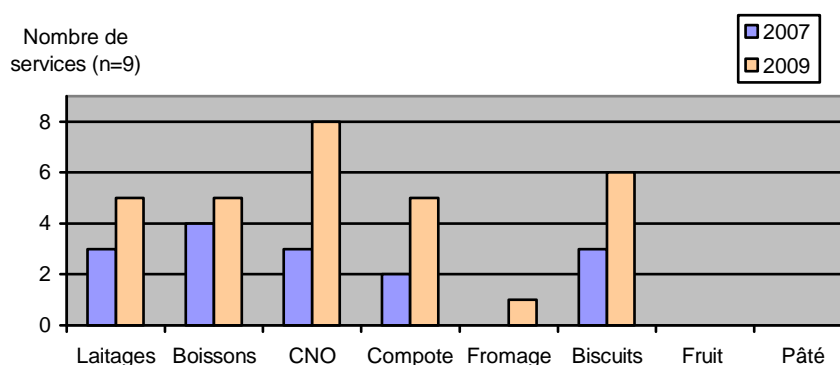


Figure 5 : Variation du nombre de services proposant chaque type de collation entre 2007 et 2009.

Les horaires de distribution des collations : En 2007 comme en 2009, les collations étaient proposées le matin entre 10h et 10h30 (et en fonction de la prescription médicale pour 2 services). Pour une unité de l'EHPAD en 2009, les collations étaient ajoutées au petit déjeuner. L'après midi, l'heure variait entre 15h et 16h, en 2007 comme en 2009.

En 2009, les personnes qui prennent l'initiative donner ou prescrire des collations aux patients ou aux résidents sont variables selon les services (figure 6) :

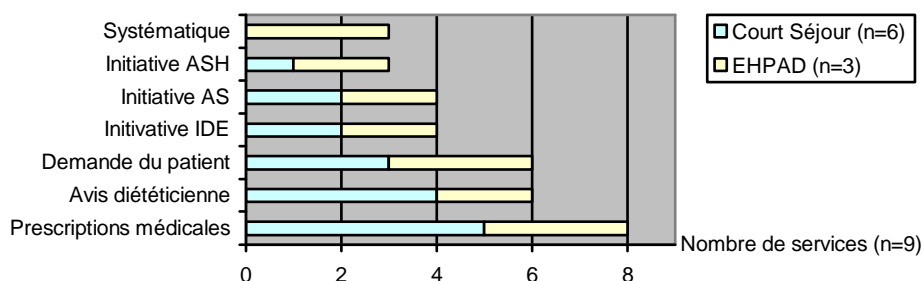


Figure 6 : Importance de chaque acteur dans la décision de proposer des collations dans les services interrogés en 2009 (Question à choix multiples - Plusieurs réponses possibles)

AU TOTAL, concernant les collations, selon les enquêtes de pratiques déclarées de 2007 et 2009 :

- Les unités de l'EHPAD proposaient quotidiennement des collations en 2007 et en 2009 ;
- Le nombre de collations proposé était de une à deux par jour dans tous les services, entre 10h et 10h30 et 15 et 16h ;
- La proposition de CNO comme collation est citée par 5 services de plus en 2009 par rapport à 2007 ;
- En 2009, les collations sont principalement proposées sur prescription médicale et diététicienne (6 à 8 services sur 9), puis sur demande du patient, puis sur initiative des soignants.

c) L'adaptation de l'alimentation

Les CNO étaient principalement prescrits par les médecins en 2007 comme en 2009 (dans 8 services sur 9). La diététicienne n'en était à l'origine que dans 1 unité de l'EHPAD mais dans 5 services de court séjour sur 6 en 2009 (contre 3 services seulement en 2007). Les soignants (IDE, AS, ASH) prenaient aussi plus souvent l'initiative de donner des CNO en 2009 par rapport à 2007.

En EHPAD, les soignants interrogés insistaient sur le fait qu'ils anticipaient souvent la prescription de CNO, avant que le dépistage et la prise en charge de la dénutrition ne soient complètement mis en route.

8. La prise en charge par la diététicienne

Les missions de la diététicienne étaient claires pour 6 services sur 9 en 2007, pour les 9 en 2009.

La principale raison pour laquelle la diététicienne était appelée en 2007 était un régime particulier (figure 7). En 2009, elle intervenait principalement sur prescription médicale, pour adapter les plateaux repas aux goûts des patients, et gérer l'approvisionnement et les commandes des repas via le logiciel Orbis®.

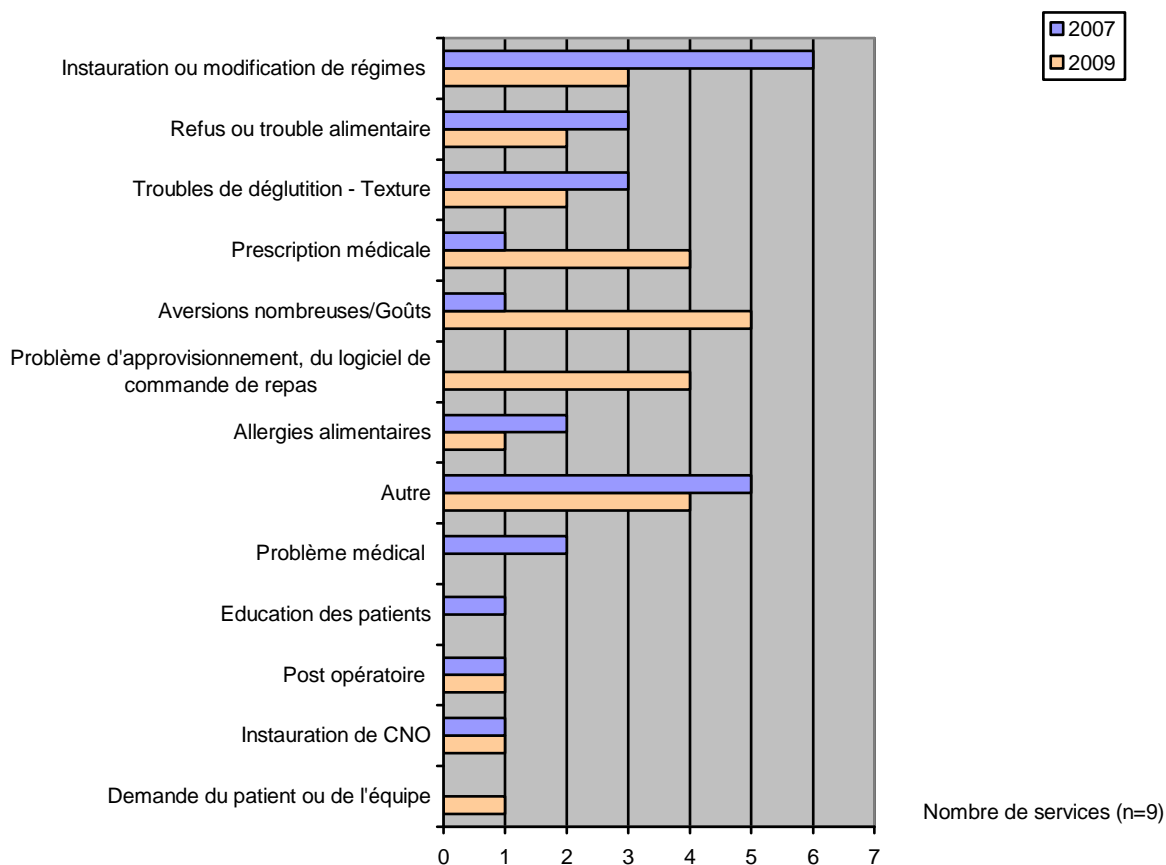


Figure 7 : Les différents motifs d'appel de la diététicienne dans les services en 2007 et en 2009.

Le **temps de présence de la diététicienne** était estimé suffisant dans 6 services sur 9 en 2007 et en 2009. Il était spécifié en 2009 que le temps de présence de la diététicienne était insuffisant pour réaliser un travail de fond auprès de patients de chirurgie digestive.

En 2007, le temps passé par la diététicienne dans les services était très variable selon les services :

- de 10 mn par 15 jours dans une des unités de l'EHPAD, à 45 mn par semaine dans une autre unité de l'EHPAD ;
- de 2 à 3 h par semaine pour la chirurgie orthopédique (temps suffisant) à ½ h à 1h par jour en chirurgie viscérale (temps insuffisant),
- de 3 à 5 mn par jour à 20mn par jour dans les services de médecine.

C / Résultats concernant les items ajoutés dans l'enquête de pratiques observées en 2009

1. Les facteurs de risque de dénutrition et l'impact de l'entretien d'accueil

Le but de ces questions était de savoir si lorsqu'une information était notée dans l'entretien d'accueil, la prescription ou l'aide en relation était mise en place :

- En ce qui concerne **la texture alimentaire** : lorsqu'une texture autre que 'normale' était notée dans l'entretien d'accueil, une indication sur cette texture était retrouvée dans 11 dossiers sur 13 (84,6%) : dans les notes des ASH dans 69,2% des cas, et prescrite dans 46,1% des cas par les médecins.
- En ce qui concerne **les troubles de la déglutition** : dans les 2 dossiers où des troubles de la déglutition étaient rapportés dans l'entretien d'accueil, une texture adaptée était prescrite.
- En ce qui concerne **l'aide à l'installation au repas** : elle était tracée dans le diagramme de soins dans 10 dossiers sur les 14 des patients et résidents nécessitant une aide à l'installation au repas (71,4%).
- En ce qui concerne **l'aide à la prise alimentaire** : elle était tracée dans le diagramme de soins dans 8 dossiers sur les 14 des patients et résidents nécessitant une aide pour manger (57,1%).

2. L'évaluation de la dénutrition : l'utilisation de la biologie

En 2009, 73% des dossiers étudiés (27 dossiers sur 37) comportaient un dosage de l'albumine. La pré-albumine était dosée dans 23 dossiers (62,2%) et la CRP dans 24 dossiers (64,9%).

La notion de dénutrition (associée à ce critère biologique) était mentionnée dans 4 dossiers (14,8% des dossiers comportant une biologie), sans que le degré de sévérité ne soit noté.

3. L'utilisation de la surveillance alimentaire et l'estimation de l'appétit

En 2009, la **surveillance alimentaire avait donné lieu à une prescription spécifique** dans 31,2% des dossiers (5 sur 16). Rien n'était retrouvé dans 68,7% des cas (11 dossiers sur 16 ; soit aucune prescription n'était à faire, soit elle n'avait pas eu lieu).

Une notion sur **l'appétit** du patient était retrouvée dans 17 dossiers sur les 37 étudiés (45,9%) : 5 dans ceux de court séjour, exclusivement en médecine (soit 22,7% des dossiers

étudiés en court séjour), 12 en EHPAD (soit 80% des dossiers étudiés en EHPAD). Le document qui traçait cette information était principalement les transmissions ciblées.

4. Les pratiques de prise en charge nutritionnelle

a) La prescription des collations et leur traçabilité

Parmi les dossiers qui mentionnaient **une collation** en 2009, il existait une prescription médicale ou diététicienne dans tous les dossiers de court séjour (n=3 ; 100%). La prescription était médicale pour 5 dossiers de l'EHPAD (n=12 ; 53,3%). Dans les 7 dossiers qui comportaient une prescription médicale de collation, les notes des ASH la mentionnaient aussi. Pour un dossier, l'indication de collation inscrite dans les transmissions diététiciennes était isolée.

b) L'adaptation de la texture pendant l'hospitalisation

Le type de texture alimentaire mis en place pour le patient était noté dans 30 dossiers sur les 37 étudiés (81,1%). Les notes des ASH étaient le lieu principal d'information du type de texture proposé au patient (Figure 8)

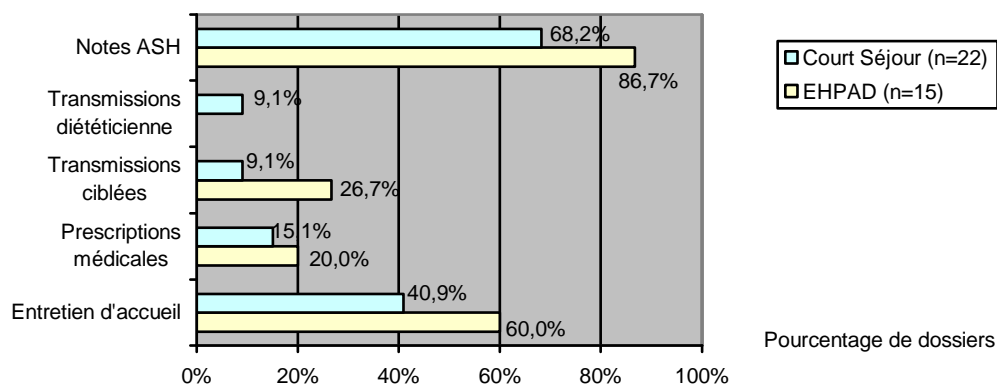


Figure 8 : Localisation de l'information précisant le type de texture alimentaire dans les dossiers des patients estimés dénutris étudiés, en court séjour et en EHPAD, lors de l'audit d'octobre 2009.

c) L'adaptation de l'alimentation

La notion d'enrichissement de l'alimentation et la proposition de collations étaient retrouvées dans 19 dossiers sur les 37 étudiés en 2009 (soit 51,3%).

La proposition de Compléments Nutritionnels Oraux (CNO) était notée pour 19 dossiers sur les 37 étudiés (soit 51,3%), dont 5 (26,3%) mentionnaient une indication explicite.

La traçabilité de la distribution des collations et des compléments nutritionnels oraux était retrouvée dans 11 des 21 dossiers (52,4%) des patients estimés dénutris recevant soit des compléments nutritionnels oraux, soit des collations, soit les 2.

L'alimentation entérale était en cours dans un dossier (jéjunostomie), et l'alimentation parentérale dans un autre.

d) La recherche d'autres facteurs ayant contribué à la dénutrition du patient

Huit dossiers sur les 37 étudiés (21,6%) en mentionnaient. Il s'agissait :

- De pathologies psychiatriques et neurologiques comme le syndrome dépressif et la démence ;
- De pathologies médicales dont les troubles de conscience comme le coma hyperosmolaire, l'ascite ponctionnée (étiologie non rapportée) ;
- D'états de fragilité comme la perte d'autonomie, le syndrome de glissement, les chutes ;
- De troubles du transit de type vomissements, alternance diarrhée-constipation ;
- De pathologies buccales dont les douleurs buccales (pas d'étiologie retrouvée) ;
- En plus peuvent être notés : la notion de pathologie néoplasique en soins palliatifs (carcinome rectal évolué) et la présence d'une escarre chez un patient en fin de vie, facteurs favorisant de dénutrition donnés oralement par le médecin de l'EHPAD, mais non explicitement écrits dans les dossiers.

e) La prise en charge spécifique des facteurs favorisant la dénutrition

Elle était explicite dans 7 dossiers sur 8. Il s'agissait :

- D'aide humaine à l'alimentation : Aide à l'installation au repas, aide au repas, surveillance de la prise alimentaire (fausses routes),
- D'un bilan étiologique : Bilan digestif de type endoscopie,
- D'une prise en charge spécialisée : Traitement antidépresseur et suivi psychiatrique,
- De traitements substitutifs : Perfusion d'albumine après ponction d'ascite,
- De la mise en place d'une alimentation parentérale quand le patient est à jeun pour le service de chirurgie digestive.

5. La prise en charge par la diététicienne

Une fiche de transmissions diététiques – bleue pâle – était insérée dans 5 dossiers de soins sur les 37 étudiés (13,5%), uniquement des dossiers de médecine. Cette fiche de transmissions diététiques fait partie du nouveau dossier de soins mis en place en juin 2009.

6. L'évaluation de la prise en charge nutritionnelle et la coordination de la prise en charge du patient

Cette partie du questionnaire a été formalisée à partir des critères-qualités proposés par la HAS en janvier 2008 :

La réponse à la question '**Retrouve-t-on dans le dossier** (observation, prescriptions médicales, transmissions ciblées, transmissions diététiques) **des éléments qui évaluent la tolérance, et l'observance de la prise en charge thérapeutique proposée ?**' était positive pour 9 dossiers sur les 37 étudiés (24,3%), dont 3 en court séjour (médecine) et 6 en EHPAD.

Elle se traduisait par :

- l'évolution de l'aide au repas par l'AS tracée sur le diagramme de soins,
- la transcription d'une discussion bénéfico-risque dans le dossier médical,
- les transmissions ciblées quotidiennes qui décrivent les décisions discutées

en équipe au moment des transmissions orales (en EHPAD).

La réponse à la question '**Retrouve-t-on dans les transmissions IDE, les prescriptions médicales ou les transmissions diététicienne la notion de dénutrition ?**' était positive pour 6 dossiers (de court séjour médecine) sur les 37 examinés (16,2%).

La réponse à la question '**Retrouve-t-on dans les transmissions IDE, les prescriptions médicales ou les transmissions diététicienne des éléments sur le suivi de la dénutrition ?**' était positive pour 1 dossier sur les 37 étudiés (2,7%).

Une fiche de transmission sociale était retrouvée dans 10 sur les 22 dossiers étudiés de court séjour (45,4%), uniquement en médecine. Cette fiche n'avait pas lieu d'être dans les dossiers de soins des EHPAD.

Les autres actions mises en places étaient la réactualisation de l'APA (dans un service de médecine), la demande de structures de soins de suite, l'évaluation des aides déjà en place (dans le dossier médical).

D / Le temps des repas à l'hôpital

1. Les horaires des repas et la durée du jeûne nocturne à l'hôpital de Voiron

Les durées de jeûne nocturne étaient stables entre 2007 et 2009 (Tableau 7).

Tableau 7 : Horaires des repas* et durées du jeûne nocturne en fonction des types de service en 2007 et 2009.

	Année de l'audit	Petit déjeuner	Déjeuner	Dîner	Durée moyenne du jeûne nocturne
EHPAD	2007	7h30 ou 8h	12h	17h ou 18h	14h
	2009	7h30 ou 8h15	12h	17h30 ou 18h	13h55
Médecine	2007	7h45 ou 8h	11h30, 12h ou 12h15	17h45, 18h ou 18h15	13h54
	2009	8h	12h ou 12h15	18h	14h
Chirurgie	2007	8h	12h ou 12h15	18h30	13h30
	2009	7h30 ou 8h	12h	18h	13h45

Note : * Seuls les horaires de début des repas ont été pris en compte car les soignants précisaient que les patients et les résidents les plus dépendants étaient servis en premier à chaque repas.

2. L'aide humaine nécessaire et les effectifs soignants

a) L'aide à l'installation au repas et l'aide à la prise alimentaire

La part des patients et des résidents dépendants (tous âges confondus) pour l'installation au repas est en augmentation significative entre les 2 audits (124/264 en 2007 vs 149/250 en 2009, $p=0,004$), et sa répartition n'est pas superposable par rapport à 2007 (Tableau 8). L'augmentation n'est pas significative pour les patients nécessitant une aide pour manger (48/264 en 2007 vs 61/250 en 2009, $p=0,08$).

Tableau 8 : Répartition des patients et des résidents nécessitant une aide pour s'installer au repas et/ou pour manger entre 2007 et 2009.

	Nombre de patients ou de résidents à installer au repas			Nombre de patients ou de résidents à faire manger		
	2007 N=124 n (%)	2009 N=149 n (%)	p	2007 N=48 n (%)	2009 N=61 n (%)	p
Médecine	39 (31,5)	37 (24,8)	0,003	17 (35,4)	24 (39,3)	0,691
Chirurgie	7 (5,6)	29 (19,5)		1 (2,1)	3 (4,9)	
EHPAD	78 (62,9)	83 (55,7)		30 (62,5)	34 (55,7)	

Lors de l'audit de juin 2007, le service qui comportait le plus grand nombre de patients **à installer pour manger** en court séjour était en la médecine D (18 patients sur 30) et l'unité A en EHPAD (40 résidents sur 40). En 2009, il s'agissait de la chirurgie C2 (25 patients sur 25) en court séjour et de l'unité B de l'EHPAD (40 résidents sur 40).

Le service de court séjour qui recevait le plus grand nombre de patients **à faire manger** était la médecine D en 2007 (8 patients sur 28) et en 2009 (10 patients sur 18). Pour l'EHPAD, il s'agissait de l'unité A en 2007 (14 résidents sur 40) et de l'unité B en 2009 (17 résidents sur 40).

b) Le nombre de soignants dans les services

Dans les unités de l'EHPAD, en 2009, entre 7h et 14h30, il y avait 8 soignants dans les unités A et B de l'EHPAD (2 ASH, 4 AS et 2 IDE), et 5 en EHPAD C (2 ASH, 2 AS et 1 IDE), où les résidents étaient moins dépendants. Pour la garde (14h-21h30), les effectifs étaient réduits de moitié pour les EHPAD A et B (1 ASH, 2 AS et 1 IDE) et il restait 2 ASH et 1 AS en EHPAD C.

Entre 2007, il y avait une seule infirmière le matin en EHPAD A et B, et ½ ETP en moins d'aides soignantes dans chacune des unités (A et B).

Dans chaque unité de court séjour, les soignants étaient 6 le matin (2 IDE, 2 AS, et 2 ASH) et 5 l'après midi (1 ASH de moins) à partir de 14h. Le nombre de soignants présents dans les services de court séjour n'a pas évolué entre 2007 et 2009.

c) Le temps imparti pour l'aide à l'alimentation

Les soignants rapportaient, en 2007 et en 2009, des durées très variables pour les différents repas selon les services et les périodes de l'année.

En ce qui concerne la **médecine D** qui accueille le plus grand nombre de patients dépendants (10/18) pour manger lors de l'audit d'octobre 2009 : pour une durée de repas de 30mn déclarée par les soignants de ce service, pour 4 soignants (IDE et AS) présents lors du repas de midi, le temps disponible pour chaque patient est de **10 à 15 minutes**, sans compter le temps nécessaire pour installer les patients qui mangent seuls. Si les IDE ne peuvent pas aider les AS, ce temps de repas est raccourci à **6 minutes**.

En **EHPAD B**, le jour de l'audit en octobre 2009, le temps calculé disponible pour chaque résident est de **20 à 30 minutes** pour le **petit déjeuner et le déjeuner** (6 soignants), et de **12 à 15 minutes** pour le **dîner** (3 soignants – la durée de chaque repas a été évaluée à 1 heure par les soignants), sans tenir compte du temps nécessaire pour installer les autres résidents. Si les AS sont seules à faire manger les résidents, ces temps sont raccourcis à **12 à 15 minutes** pour les petit déjeuner et déjeuner, et **6,5 à 7,5 minutes** pour le dîner.

DISCUSSION

L'objectif de ce travail était d'évaluer les progressions des pratiques de prise en charge de la dénutrition de la personne âgée de 75 ans et plus et des connaissances en matière de nutrition des soignants et des praticiens à l'hôpital de Voiron. Pour cela, nous avons utilisé la démarche EPP qu'avait débuté le Dr Vidal-Blüme en 2007.

Les audits des pratiques médicales et soignantes réalisés à 2 ans d'intervalle ont permis de montrer une meilleure objectivation de la dénutrition : augmentation significative de la mesure du poids dans les dossiers, tendance à l'amélioration du dépistage de facteurs de risque de dénutrition par l'entretien d'accueil standardisé et à l'augmentation de l'utilisation de la fiche de surveillance alimentaire. D'autre part, l'ensemble des réponses aux enquêtes de pratiques déclarées, et la traçabilité des actes soignants dans les dossiers permettent d'évoquer une amélioration des connaissances sur les pratiques de prise en charge de la dénutrition dans les services évalués. Cependant, la plus grande part de l'étude ayant été réalisée sur des dossiers de patients estimés dénutris, ces résultats restent assez modestes. De nouvelles actions doivent être proposées, en collaboration avec le CLAN, pour poursuivre ce processus d'amélioration de la qualité des soins.

Dans ce chapitre, nous avons d'abord porté un œil critique sur les matériels et méthodes et présenté les principales limites de notre étude, ensuite certains résultats ont été repris et discutés, enfin nous avons resitué le CLAN comme moteur des actions d'amélioration proposées.

A/ Discussion des matériels et méthodes et limites de cette étude

Dans le cadre de l'EPP, en plus de l'étude des dossiers pour évaluer les critères proposés par la HAS, l'enquête de pratiques déclarées a permis de rencontrer les équipes et d'évaluer la sensibilité à la dénutrition des soignants et praticiens, avec la part de subjectivité qui en résulte.

Le premier audit réalisé en 2007 évaluait largement les champs de l'alimentation à l'hôpital et les pratiques autour de la dénutrition du patient âgé. En 2009, nous avons repris la structure des questionnaires de 2007 pour pouvoir comparer les 2 audits. Des questions ont été ajoutées d'une part pour évaluer les critères du référentiel HAS de janvier 2008 [20], d'autre part pour préciser certaines pratiques. Cependant, des modifications entre les questionnaires (vocabulaire, reformulation de questions) ont rendu difficile la comparaison de certains résultats.

Plus de 2 ans ont séparé les 2 audits car la mise en place de l'entretien d'accueil et de la fiche de surveillance alimentaire a été tardive (juin 2009). La présidence du CLAN était vacante depuis fin 2008. Le second audit a donc permis, en plus de l'évaluation de l'impact des actions réalisées, un nouvel état des lieux pour relancer la dynamique du CLAN. Le temps écoulé entre la mise en place des derniers outils, le deuxième temps d'information dans les services et la seconde évaluation était inférieur à 5 mois. L'impact de ces actions est donc à confirmer par d'autres évaluations. Les actions mises en place étaient diverses et d'impact variable sur le dépistage et la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée. Notre étude n'a pas permis de déterminer le rôle précis de chacune dans l'amélioration des pratiques observées.

Le choix d'étudier les dossiers de patients estimés dénutris nous a limité pour 2 raisons. D'une part, la prévalence de la dénutrition à l'hôpital de Voiron n'a pas été évaluée. Ce type d'étude sera une autre étape pour mesurer la différence entre la proportion de patients et résidents dépistés et ceux qui sont réellement dénutris, autre manière de percevoir la nécessité de poursuivre l'amélioration de nos pratiques [8]. D'autre part, l'évaluation du dépistage de la dénutrition était biaisée. Pour cela, une étude complémentaire a été réalisée sur tous les dossiers des patients non estimés dénutris en 2009 (Annexe 3). Les différences retrouvées sont à prendre en compte prudemment du fait du recrutement non superposable des dossiers des patients dénutris et non dénutris.

Le faible nombre de dossiers étudiés a limité la puissance statistique des résultats, de plus l'évolution spécifique des données en court séjour et en EHPAD n'a pas été recherchée. Il faut aussi noter la quasi-absence de données pour la chirurgie (n=0 en 2007 et n=2 en 2009).

B/ Discussion des résultats

1. La notion de dénutrition dans les services

Selon les praticiens des services, la proportion de patients estimés dénutris lors de l'audit en octobre 2009 est plus importante que celle habituellement observée en court séjour (70% pour 50% habituellement [2]. Cette 'surestimation' évoque une certaine attention des praticiens à la question de la dénutrition. D'autres éléments, même modestes, sont en faveur d'une **plus grande attention à la dénutrition dans les services** :

- l'augmentation significative du nombre de dossiers de patients estimés dénutris étudiés en 2009 ;
- l'étude de 2 dossiers de chirurgie en 2009 contre aucun en 2007 (Le chirurgien responsable du service était en cours de Diplôme Universitaire d'oncologie en 2009) ;
- la disponibilité de plus de soignants en 2009 lors de la réalisation des enquêtes de pratiques déclarées ;
- le service de chirurgie orthopédique reconnaissait en 2009 accueillir des patients dénutris (sans toutefois que des patients ne soient estimés dénutris lors de l'audit) alors que ce n'était pas le cas en 2007.

2. La recherche de facteurs de risque de dénutrition par l'entretien d'accueil standardisé

L'entretien d'accueil standardisé (Annexe 1) a permis un recueil plus important des données sur les habitudes alimentaires des patients estimés dénutris.

L'évaluation des habitudes alimentaires dans l'entretien d'accueil est intégrée aux différents besoins du patient hospitalisé dans un objectif de prise en charge globale. Cependant si cette partie 'Boire et Manger' a permis de cibler certains facteurs de risque de dénutrition à prendre en charge dès l'entrée du patient, le risque nutritionnel n'est pas explicitement considéré.

En ce qui concerne les EHPAD : L'entretien d'accueil est un document important pour la réalisation du projet de vie et de soins personnalisés des résidents entrants. Une réactualisation du projet de vie et de soins personnalisés est réalisée annuellement pour

chaque résident, avec notamment, dans une des unités, la réalisation d'une Evaluation Gériatrique Standardisée (EGS), comprenant une évaluation nutritionnelle.

Il a été difficile d'évaluer l'impact d'un entretien d'accueil renseigné sur la prise en charge des soignants et des médecins. Les questions recherchant la traçabilité de l'aide au repas dans les diagrammes de soins, celle de la texture dans les notes des ASH et les prescriptions médicales allaient dans ce sens lors de l'audit de 2009. Les résultats sont modestes en ce qui concerne la traçabilité de la texture (moins de 50% de prescriptions médicales), un peu meilleurs en ce qui concerne l'aide au moment du repas (entre 60 et 70% des diagrammes de soins renseignés).

Au total, **l'entretien d'accueil n'est pas un outil spécifique du dépistage de la dénutrition et son impact n'a pas pu être évalué précisément**, mais sa réalisation peut participer au dépistage de la dénutrition lorsqu'on y recherche les informations nécessaires. Ainsi la proposition d'un outil spécifique serait bénéfique à l'amélioration du dépistage de la dénutrition à l'hôpital de Voiron. Il devrait permettre une évaluation rapide ciblée, pour déclencher si nécessaire une évaluation plus poussée, une prise en charge rapide et spécifique de tout patient à risque.

3. Les mesures anthropométriques et les autres paramètres de l'évaluation nutritionnelle

a) Le poids

• Plusieurs éléments peuvent être évoqués comme facteurs de **l'amélioration significative du recueil du poids mesuré** dans les dossiers des patients estimés dénutris :

- l'acquisition de matériel dans les services d'EHPAD (chaises-balance) malgré leur utilisation limitée par l'état clinique et l'autonomie des résidents,
- l'utilisation d'une fiche de recueil de poids en EHPAD,
- la plus grande sensibilisation des médecins et soignants au recueil de ce paramètre (temps d'information dans les services, recueil des critères IPAQH depuis janvier 2009).

Par ailleurs, l'amélioration de ces résultats ne peut pas être attribuée au fait que les patients soient estimés dénutris, car le nombre de dossiers de patients non estimés dénutris comportant un poids n'est pas statistiquement différent en 2009.

Pour poursuivre la progression du recueil de ce paramètre, les actions d'amélioration initiées doivent être poursuivies :

- Sensibilisation des soignants et médecins, et notamment systématiser la mesure du poids à l'entrée (seuls 5 services sur 10 disaient le faire en 2009), par l'accompagnement de projets de services par le CLAN ;

- Adaptation du matériel à la disposition des soignants : acquisition d'un module de pesée à mutualiser entre les unités de médecine A, B et C (réflexion menée par le CLAN en 2008), acquisition d'un module de pesée adaptable sur les lèves malades des chambres de l'EHPAD. Le budget nécessaire à ces achats ne doit pas être un frein, car plusieurs études réalisées par différents CLANs ont montré que l'augmentation du dépistage de la dénutrition et de sa valorisation par la Tarification À l'Activité (T2A) permet largement de couvrir les sommes requises pour mettre en place ces projets [22, 23] ;
- Cette valorisation du dépistage et de la prise en charge de la dénutrition par la T2A passe par la traçabilité des paramètres nutritionnels dans le courrier de sortie, et la déclaration d'un diagnostic de dénutrition (simple ou sévère, quelque soit le nombre de diagnostics associés [24]). Cette valorisation est déjà en progression au CH de Voiron, puisque les données du Programme de Médicalisation des Systèmes Informatiques montrent un doublement du nombre de diagnostics de dénutrition déclarés entre 2007 et 2009 (Annexe 4).

- **La recherche de la variation de poids** restait **embryonnaire** (retrouvée dans un quart des dossiers en 2009, sans notion de pourcentage de variation de poids) malgré la standardisation de l'entretien d'accueil. Aucun diagnostic de dénutrition n'y était explicitement associé. Or il s'agit d'un élément important pour le dépistage et la graduation de la dénutrition lorsqu'elle existe [2,25,26], et pour la validation de l'indicateur 'dépistage des troubles nutritionnels' (DTN) défini par le projet de recherche COMPAQH [16]. La recherche de ce paramètre, même s'il est parfois difficile à obtenir [26] chez les patients âgés, doit donc être intensifiée par la sensibilisation et la formation des médecins et des soignants. La précision des items de l'entretien d'accueil (Demande d'un poids habituel, et indication de l'intervalle de temps sur laquelle la variation de poids est apparue) pourra aussi permettre l'amélioration du recueil de ces données.

- **La fréquence de pesée** : L'augmentation non significative du nombre de dossiers comportant plusieurs poids entre 2007 et 2009 évoque une **faible sensibilisation à l'importance du suivi du poids**.

En court séjour, les patients sont rarement pesés à J0, du fait de pesées instituées un jour fixe de la semaine. Et malgré des Durées Moyennes de Séjour (DMS) supérieures à 7 jours, les patients ne sont pas pesés une seconde fois avant leur sortie. Une sensibilisation sur la nécessité d'un poids à l'entrée et à la sortie (pour le suivi en ville) paraît importante. La

fréquence de pesée elle-même serait à évaluer selon l'état clinique et nutritionnel du patient et à prescrire par le médecin.

Pour les EHPAD, la fréquence de pesée recommandée est mensuelle [25], elle est prévue tous les 3 – 4 mois dans les unités A et C. Cette fréquence est considérée par certains auteurs [9], comme correcte pour les patients non entrés dans la dénutrition. Cependant, une étude réalisée en 2004, par Sullivan et al., chez 900 patients en institution, retrouvait qu'une perte de poids de 5 % en un mois chez un patient âgé à risque de dénutrition était significative sur le plan du pronostic [27].

Une fois encore, l'information et la formation des soignants et des médecins au recueil régulier de poids sont en jeu. Ainsi, une des actions du CLAN pourrait être d'accompagner les services dans l'organisation de la mesure du poids, d'une part pour une meilleure acceptation de la charge de travail occasionnée pour les soignants, d'autre part pour que les médecins prescrivent cette mesure.

b) La taille et l'IMC

Entre 2007 et 2009, aucune mesure d'amélioration des pratiques n'a ciblé la mesure de la taille (hormis les temps d'information dans les services en 2007 et en 2009). Son recueil est resté nul. Plusieurs méthodes d'obtention de la taille sont acceptées dans la littérature, la mesure debout étant souvent difficile chez le patient âgé : calcul à partir de la distance talon-genou selon l'équation de Chumlea [28], la taille déclarée par le patient [26], et en dernier recours, la taille notée sur la carte d'identité peut être utilisée.

Du fait de l'absence de taille recueillie, l'IMC est inexistant dans les dossiers (des patients estimés dénutris ou non). C'est d'ailleurs symptomatique dans les Evaluations Gériatriques Standardisées annuelles réalisées dans une des unités de l'EHPAD, les tailles n'étant pas disponibles, l'IMC n'était pas calculé alors que le reste du MNA-SF (Mini Nutritional Assessment-Short Form) était réalisé. L'IMC est actuellement considéré comme une des valeurs de référence pour le dépistage de la dénutrition [25,29,30] et fait partie des paramètres recherchés pour la validation de l'indicateur DTN [16]. De nombreux freins existent quant à sa réalisation, en particulier l'obtention d'une taille, le calcul à réaliser (malgré la généralisation de disques : un médecin expliquait que ses poches étaient déjà trop pleines pour y ajouter un disque IMC !). Les faux négatifs pour les patients obèses dénutris [8] rendent l'IMC peu 'attractif' pour certains praticiens. S'il a bien été intégré comme facteur de risque cardio-vasculaire, il ne l'est pas toujours pour l'évaluation de la dénutrition. Cependant aucun outil de dépistage et d'évaluation de la dénutrition n'ayant été à ce jour considéré

comme un 'gold standard', les différents paramètres doivent être associés pour une juste évaluation de l'état nutritionnel [31].

Pour améliorer conjointement le recueil de la taille et de l'IMC dans les dossiers, plusieurs actions peuvent être mises en place :

- Mise à disposition de matériel pour la mesure de la taille (toises, mètre-ruban ou T permettant la concordance directe de la mesure talon-genou/taille) après recensement de l'existant dans les services ;
- Comme pour le poids, l'information et la formation des médecins et soignants sont primordiales, d'une part pour que le recueil de ces données soit réalisé, d'autre part pour que leur importance dans le dépistage et la prise en charge de la dénutrition soit perçue ;
- Formalisation d'un lieu de recueil de la taille et de l'IMC : soit par un item ajouté sur l'entretien d'accueil, soit sur un outil spécifique au dépistage et à la prise en charge de la dénutrition ;
- Une réflexion pourrait être menée à partir de l'exemple de l'Equipe Mobile de Pesage du CHU de Grenoble, mise en place par le CLAN [22]. Cette équipe permet un dépistage de la dénutrition par des professionnels formés et dédiés à cette activité (mesure du poids, de la taille, recueil d'une perte de poids récente et détermination automatique de la dénutrition du patient lors de la saisie des données sur informatique). En effet, la définition des rôles de chaque intervenant dans le recueil des paramètres anthropométriques est nécessaire. La difficulté d'obtenir un poids par les soignants dans les services n'encourage pas à leur demander en plus le recueil de la taille, vue leur charge de travail. A qui doit incomber cette tâche ? Les diététiciennes ? Cependant actuellement elles gèrent aussi la réalisation des menus et une partie de la gestion de la cuisine du CH de Voiron et leur temps imparti pour les services n'est pas extensible. Les médecins ? De la même manière, leur temps est compté. Ainsi proposer la mise en place d'une EMP sur le CH de Voiron (malgré sa petite taille), ou celle d'un outil de dépistage de la dénutrition précisant les rôles de chaque professionnel, sont d'autres pistes d'actions d'amélioration à travailler.
- Il est aussi important que l'IMC soit tracé dans le courrier de sortie des patients, afin que la prise en charge puisse être poursuivie en ambulatoire.

c) Les autres paramètres nutritionnels

- La biologie est un outil très utilisé dans les dossiers des patients estimés dénutris en 2009 (73%), et de manière plus fréquente que tous les autres paramètres de dépistage et de diagnostic de la dénutrition (en particulier le poids, 70,3%). Si la biologie semble utilisée pour

évaluer la dénutrition chez les patients estimés dénutris, elle ne semble pas l'être pour le dépistage (la biologie est significativement plus souvent retrouvée dans les dossiers des patients estimés dénutris par rapports aux non estimés dénutris en 2009). Selon les données du laboratoire du CH de Voiron [32], l'utilisation de la biologie (dosages d'albumine et de préalbumine confondus) a été multipliée par 2 en cours séjour, et diminuée d'un facteur 1,5 en EHPAD entre 2007 et 2009. Sur ces seuls éléments (isolés du contexte clinique), la sensibilité des médecins semble accrue en court séjour et moindre en EHPAD, peut être en lien avec le renouvellement des équipes médicales des EHPAD en 2008. Lors de notre étude, la CRP était retrouvée dans la plupart des cas. L'état inflammatoire est en effet un facteur important à prendre en compte lors du dosage de l'albumine (diminution de l'albumine de 1g/l par 25mg/l de CRP [33]). Mais le rôle de l'albumine, connue comme facteur pronostic dans de nombreux processus pathologiques, est actuellement remis en cause comme marqueur de l'état nutritionnel [34]. La préalbumine est considérée comme marqueur d'une dénutrition d'apparition récente et permet d'évaluer l'efficacité d'une renutrition.

La biologie est donc à utiliser avec discernement, et sa significativité en terme d'état nutritionnel est à modérer. De nouveaux temps d'information ainsi qu'une réflexion sur l'utilisation de ce paramètre pourraient être proposés aux médecins pour que les dosages d'albumine et de préalbumine soient justement utilisés. De plus, il semble surprenant (mais probablement largement répandu) qu'il soit plus facile d'obtenir une biologie qu'un poids. En terme de bénéfice/risque et d'invasivité des soins pour le patient, et ce serait à évaluer, en terme de coût pour l'établissement de santé, la mesure du poids semble à privilégier lors du dépistage.

- **Les index nutritionnels** : Dans notre étude, le Mini Nutritional Assessment (MNA) n'a été cité qu'une fois dans les méthodes de dépistage de la dénutrition en 2007 et n'était pas utilisé dans les services. En 2009, un des médecins de l'EHPAD utilisait le MNA au court des EGS annuelles des résidents. Malgré le fait que cet outil soit largement validé [35-37], que son utilisation en pratique courante soit recommandée [25,38], nous ne nous sommes pas pour l'instant attachés à sa réalisation à l'hôpital de Voiron, devant la difficulté à obtenir un IMC ou une variation de poids.

4. L'évaluation de la prise alimentaire et de l'appétit

L'objectivation de la prise alimentaire et l'estimation de l'appétit sont des éléments indispensables du dépistage et de la prise en charge de la dénutrition [39, 40]. Selon les recommandations, ce recueil devrait être fait à chaque hospitalisation pour tous les patients

âgés [25]. De nombreux index nutritionnels, dont le MNA [37], prennent en compte l'évaluation de l'appétit ou l'importance de la prise alimentaire. Si cette évaluation ne permet pas le diagnostic de dénutrition, elle oriente sur son origine. Diverses méthodes d'estimation de la prise alimentaire sont possibles, les plus utilisées sont la mesure semi-quantitative simplifiée ou le calcul précis des ingestas sur 3 jours ou au moins sur 24h [41]. Le retard à la prise en charge provoqué par l'évaluation de la prise alimentaire sur 3 jours, la difficulté dans certains cas de réaliser une enquête alimentaire ont amené des équipes hospitalières à tester une évaluation analogique de la prise alimentaire. Thibault et al [40] avaient, en excluant de leur étude les patients âgés de 75 ans et plus, validé l'EVA comme outil de dépistage de la dénutrition. Une autre équipe [42] avait retrouvé une corrélation EVA/enquête alimentaire modérée (56%) chez les patients de 70 ans et plus. Cette méthode demande d'autres études pour être validée chez la personne âgée.

La Fiche de Surveillance Alimentaire (FSA) standardisée proposée à l'hôpital de Voiron depuis juin 2009 est inspirée de celle proposée par le PNNS. Facile d'utilisation, elle permet d'un coup d'œil de savoir si le patient mange ou non la totalité de son plateau (le menu senior contient 1800 à 1900kcal sur la journée). Dans notre étude, la tendance à l'augmentation de l'utilisation de la FSA semble due aux prescriptions faites par la diététicienne en court séjour et aux initiatives des soignants. En EHPAD, cette hausse limitée peut être liée aux conditions d'utilisation de la FSA standardisée par les soignants (service à table, à l'assiette, difficulté d'évaluer la part réellement consommée, risque de sous-estimation [41]). L'alimentation a, au quotidien, une grande place dans les transmissions ciblées en EHPAD. Une des IDE de l'EHPAD B expliquait qu'une fiche de surveillance alimentaire était spontanément réalisée si la baisse de l'alimentation d'un patient excédait 2 ou 3 jours. D'autre part, les prises en charge en soins palliatifs et les institutionnalisations pour fin de vie sont de plus en plus fréquentes en EHPAD, situations pour lesquelles la prise en charge nutritionnelle n'a pas les mêmes objectifs.

Au total, **des efforts sont à faire pour que l'objectivation de la prise alimentaire soit réalisée** aussi bien en EHPAD qu'en court séjour (pour les patients et résidents qui bénéficieraient d'une prise en charge efficace de la dénutrition). La formation des soignants et des médecins reste incontournable. Elle doit mettre en valeur non seulement l'importance du recueil de la prise alimentaire mais aussi des actions mises en place dans les suites (seules un tiers des FSA étaient suivies de prescriptions dans les dossiers étudiés en 2009). Une évaluation de l'utilisation de la FSA standardisée en EHPAD et de sa faisabilité serait à envisager à distance. Un item sur l'appétit pourrait aussi être ajouté sur l'entretien d'accueil standardisé.

5. Les pratiques de prise en charge de la dénutrition au CH de Voiron

- **Enrichissement de l'alimentation, collations et Compléments Nutritionnels**

Oraux

Les réponses aux questionnaires oraux en 2007 et en 2009 montraient que la notion de collation était très variable d'un service à l'autre et d'un soignant à l'autre : Elle pouvait, selon le soignant, prendre en compte un verre d'eau (distribution d'eau fraîche dans les services en été – habitudes gardées suite au plan canicule dans les services ne comportant pas de climatisation), une compote, un morceau de fromage ... jusqu'à la proposition d'un complément nutritionnel oral (CNO). Or le bénéfice de ces différents types de collations n'est pas le même sur le plan protéino-énergétique, et donc de la prise en charge nutritionnelle. L'augmentation non significative de la présence de collation dans les dossiers des patients estimés dénutris doit prendre en compte cette diversité des définitions des collations, chez les soignants et les personnes ayant réalisé l'audit. De plus, les questions posées uniquement en 2009 sur l'adaptation de l'alimentation différençaient explicitement collations et CNO lors de l'examen des dossiers et donnaient des résultats paradoxaux, ce qui ne permet pas d'interpréter les réponses aux questions sur les collations ('Proposez-vous des collations quotidiennement?' et 'Le patient bénéficie-t-il de collations ?').

La place des collations (hors CNO) dans la prise en charge de la dénutrition n'est pas spécifiée dans les recommandations HAS de 2007 [25]. Le Dr Raynaud-Simon les situe après l'enrichissement de l'alimentation, lorsque la prise alimentaire reste encore inférieure aux apports recommandés dans la situation clinique du patient [43]. Les dossiers étudiés en 2009 comportaient en proportion égale l'enrichissement de l'alimentation avec ou sans collation et les CNO comme stratégie nutritionnelle, mais la progression dans la démarche thérapeutique n'était pas recherchée. En 2009, une infirmière précisait que certaines collations (hors CNO) ne pouvaient pas être proposées de façon spontanée à la demande du patient, ou selon son état clinique, car une demande spécifique devait être faite en cuisine par l'intermédiaire de la diététicienne (les services ne disposent pas de 'réserve' de collations). De fait, des CNO (paradoxalement plus facilement accessibles) étaient souvent proposés à la place. Ce qui illustre en partie la problématique actuelle des CNO [44, 45] : Prescription et distribution non adaptées, distribution et quantité consommées non tracées. En effet, les CNO devraient être prescrits dans des situations de bénéfice réel pour le patient, leur but étant de majorer l'énergie, la part protéique et les micronutriments ingérés. Ils permettent le maintien du statut nutritionnel ou son amélioration et peuvent améliorer la durée de survie (grade A, des recommandations ESPEN de 2006) [46, 47]. Ils sont donc à considérer comme une thérapeutique à part entière. Là encore la formation des praticiens et des soignants est

indispensable. D'autres outils pourraient être proposés : La présence d'une réserve de collations (hors CNO) disponible dans les services, la signalisation des CNO sur la feuille de prescription médicamenteuse par les médecins, la mise en place d'un suivi systématique de la consommation des CNO lorsqu'ils sont prescrits (type FSA).

- **Les autres stratégies de prise en charge nutritionnelle**

Les actions de prise en charge de la dénutrition citées par les soignants lors de l'enquête de pratiques étaient très diverses et aucune hiérarchisation n'apparaissait dans les réponses. De nombreux algorithmes (qui allient souvent dépistage et prise en charge) ont été proposés par différentes équipes [26,48,49] ainsi que par la HAS [25]. Ils peuvent être de réels leviers pour améliorer la prise en charge des patients dépistés comme dénutris [50], et doivent être simples et faciles d'utilisation. Ainsi un outil serait à proposer au CH de Voiron pour faciliter la prise en charge en cas de dénutrition (Annexe 5), et dont la pertinence serait à confirmer par une nouvelle EPP.

En EHPAD, le projet de vie institutionnel et personnalisé doit inclure la mise en place de stratégies spécifiques de la prise en charge nutritionnelle. Les recommandations sont nombreuses sur le sujet [51, 52]. La réalisation d'EGS et l'actualisation annuelle des projets de vie personnalisés, la mise en place de la commission Restauration vont dans ce sens à l'EHPAD de Coublevie. Cependant, si la culture de la dénutrition progresse (la peur de laisser 'mourir de faim' et encore moins le gavage n'ont plus cours), son objectivation reste difficile, et de nombreuses remarques faites par les soignants dans les transmissions ciblées ne semblent pas être suivies d'une évaluation et d'une prise en charge. Au-delà de l'application factuelle d'algorithmes, la formation des soignants et la mise en place de projets nutritionnels dans chaque secteur de soins peut favoriser la mise en place de moyens pour 'être créatif' comme l'exprimait un des médecins de l'EHPAD.

- **La place de la diététicienne**

Notre étude ne permet pas d'évaluer de façon objective la place de la diététicienne dans le dépistage et la prise en charge de la dénutrition à l'hôpital de Voiron. Cependant, le recours à la diététicienne semble en progression dans les réponses à l'enquête de pratiques déclarées entre 2007 et 2009. Une des actions du projet de soins Nutrition 2007-2011 [53] en lien avec le CLAN et le Groupe Escarre était notamment de mettre en place une consultation systématique de tout patient dénutri, en vue de l'adaptation de la prise en charge nutritionnelle hospitalière mais aussi d'une éducation pour le retour à domicile (avec notamment en projet la création d'un livret 'Bien manger quand on n'a plus faim' qui propose de petits moyens pour

augmenter sa prise alimentaire, protéique et énergétique, ainsi que des recettes enrichies). Plusieurs études ont en effet mis en valeur l'importance des conseils nutritionnels dans la prise en charge de la dénutrition [54, 55].

D'autres travaux seraient à réaliser pour objectiver la place des diététiciennes au CH de Voiron, d'une part afin de valoriser leurs actions et envisager si nécessaire un renfort en terme de temps de travail, d'autre part pour préciser le rôle de chaque acteur (diététicienne, médecin, soignant) dans la coordination du dépistage et de la prise en charge de la dénutrition.

6. L'évaluation de la prise en charge nutritionnelle et la coordination de la prise en charge du patient âgé dénutri

Les questions se rapportant à cette partie de l'évaluation étaient issues du référentiel de critères qualité proposés par la HAS en janvier 2008 [20], et posées uniquement en 2009. Les questions correspondantes à ces critères étaient larges, et l'interprétation des 'éléments retrouvés' dans les dossiers était subjective.

La **traçabilité de la notion de dénutrition et de son suivi** dans les dossiers était **très faible** (respectivement 6 et un dossier sur 37 !). Notons la présence de 'fiche de suivi diététicienne' de couleur bleue, intégrée au nouveau dossier de soin depuis juin 2009, dans seulement 5 dossiers sur 37.

La recherche d'une fiche de transmission sociale, et des actions mises en œuvre en vue du retour à domicile voulait évaluer la proposition de prise en charge multidisciplinaire en cas de nécessité. Cependant l'étude des dossiers en cours d'hospitalisation, sans prendre en compte le temps écoulé depuis l'entrée du patient a rendu cette évaluation partielle.

7. Le temps des repas

- Le jeûne nocturne durait en moyenne 14h dans les services audités, en 2007 comme en 2009. Au-delà de 12 heures, les risques d'apparition ou d'aggravation d'une dénutrition chez la personne âgée sont importants. Lors d'une enquête de satisfaction réalisée à l'EHPAD en novembre 2009 [56], quelques résidents demandaient le recul du repas du soir à 18h30 (contre 18h actuellement). Une **action d'amélioration pour réduire le jeûne nocturne** serait à mettre en place, en coordination avec la commission Restauration, initiatrice de cette enquête de satisfaction. Il s'agit d'un projet impliquant de nombreux acteurs (comme le soulignaient les CH qui avaient mené à bien cette action [57]) mais bénéfique pour les résidents. Cette expérience pourrait être ensuite étendue aux services de court séjour.

C/ Propositions d'actions d'amélioration des pratiques

Une des missions du CLAN est de participer aux démarches d'évaluation et d'amélioration de la qualité des soins dans les établissements de santé, afin d'optimiser la prise en charge nutritionnelle des patients et des résidents. Par sa structure, le CLAN bénéficie de certains leviers de l'amélioration de la qualité [58] : son statut institutionnel comme sous-commission de la Commission Médicale d'Etablissement, sa transversalité avec la participation de tous les professionnels concernés par la fonction alimentation (médicaux, paramédicaux, agents de restauration). Ces facteurs favorisant correspondent à ceux notés en 2008 par la Mission nationale d'Expertise et d'Audit Hospitaliers [59] qui insistait alors sur la nécessaire implication de la direction et du corps médical pour donner du poids aux travaux menés.

Les actions d'amélioration des pratiques (dont la synthèse est présentée en annexe 6) proposées suite à notre travail sont nombreuses, du fait de l'étendue des questions posées dans les questionnaires. Elles peuvent être regroupées en 5 axes qui reprennent la prévention, le dépistage, la prise en charge de la dénutrition de la personne âgée, le suivi de la prise en charge, et la poursuite de l'amélioration de la qualité. Il est certain que toutes ne peuvent et ne doivent pas être mises en place en même temps. Ce sont des orientations, présentées en assemblée plénière le 9 février 2010, dont peut s'inspirer le bureau du CLAN pour proposer différents groupes de travail.

Trois actions peuvent être notées en particulier : la diminution du jeûne nocturne, la formation des soignants et la mise en place d'outils pour standardiser et systématiser le dépistage et la prise en charge de la dénutrition. Il nous semble aussi important d'insister sur une quatrième action : La transmission aux acteurs ambulatoires de la prise en charge entreprise et des paramètres nécessaires au suivi ultérieur. Car si la prise en charge hospitalière de la dénutrition permet de limiter l'aggravation de la dénutrition, la suite de la prise en charge en ambulatoire quant à elle permettra le processus de renutrition [5] et l'amélioration de la qualité de vie à plus long terme [60].

THESE SOUTENUE PAR : Marie Odile AUBERT

TITRE : **La prise en charge de la dénutrition de la personne âgée : Evolution de la situation à l'hôpital de Voiron dans le cadre d'une démarche d'évaluation des pratiques professionnelles.**

CONCLUSION

Le vieillissement de la population est actuellement exponentiel. Cinquante pourcent de la population âgée, fragile ou dépendante, présente un état nutritionnel précaire ou altéré. La dénutrition protéino-énergétique est reconnue comme un enjeu de santé publique : Sa responsabilité en terme de morbi-mortalité et d'augmentation des coûts de santé n'est plus à démontrer. Cependant en ville comme en établissement de santé, la dénutrition de la personne âgée est encore trop peu dépistée et prise en charge.

L'objectif de notre étude était d'évaluer la progression des pratiques de prise en charge en cas de dénutrition de la personne âgée et des connaissances en matière de nutrition des soignants et praticiens au CH de Voiron entre 2007 et 2009. Pour cela, nous avons utilisé la démarche EPP. Chaque audit comportait une enquête de pratiques observées, transversale, un jour donné, par revue de dossiers de patients estimés dénutris, et une enquête de pratiques déclarées. Les actions d'améliorations, mises en place par le CLAN, étaient diverses (temps d'information, standardisation d'outils). Notre étude a permis de montrer une meilleure objectivation de la dénutrition : augmentation significative de la mesure du poids dans les dossiers (+ 35,4%), tendance à l'amélioration du recueil de facteurs de risque de dénutrition par l'entretien d'accueil standardisé (+ 14,4%) et à l'augmentation de l'utilisation de la fiche de surveillance alimentaire (+17,9%). Cependant, l'étude de dossiers de patients estimés dénutris rend ces résultats assez modestes. De nombreuses actions d'amélioration sont suggérées par notre étude : nous pouvons citer la diminution du jeûne nocturne, la formation des soignants et la mise en place d'autres outils pour standardiser et systématiser le dépistage et la prise en charge de la dénutrition. Une autre action doit être soulignée : celle de la transmission aux acteurs ambulatoires de la prise en charge entreprise et des paramètres nécessaires au suivi ultérieur. En effet, si la prise en charge hospitalière de la dénutrition permet de limiter son apparition et son aggravation, c'est en ambulatoire que la prévention et la renutrition doivent être envisagées.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER
Grenoble, le 3 mars 2010

LE DOYEN

B. SELE



LE PRESIDENT DU JURY

PROFESSEUR P. COUTRIER

CHU de GRENOBLE
Pôle Pluridisciplinaire de Médecine
Médecine Gériatrique
Professeur Pascal COUTURIER

ANNEXES

ANNEXE 1 : L'entretien d'accueil standardisé

Centre Hospitalier de VOIRON

Entretien d'accueil
Habitudes de vie

Etiquette

Lieu de vie : Mode de vie :

Aides à domicile : oui non Si oui, précisez : Profession antérieure :

1 – Respirer Tabac : oui non Si oui, combien de cigarettes par jour :
 Difficultés à respirer : oui non Si oui lesquelles
 Porteur d'une VNI : oui non

2 – Boire et manger Habitudes alimentaires :
 Goûts : Aversions : Prothèses dentaires : inf sup
 Avez-vous l'habitude de prendre des boissons alcoolisées : Si oui, combien :
 Aide à l'installation pour le repas : oui non
 Aide habituelle d'un tiers pour manger : oui non Régime : oui non Si oui, lequel :
 Texture habituelle du repas (normal, haché, mixé) :
 Troubles de la déglutition : oui non
 Etat de la bouche :
 Poids : Avez-vous perdu du poids récemment (nombre de kilos) :

3 – Eliminer Urines – Mictions nocturnes : oui non Incontinence nocturne : oui non Incontinence totale : oui non
 Incontinence occasionnelle : oui non Si incontinence quel équipement :

Selles - Habituelles (fréquence, utilisation de laxatifs...) :
 Tendance à la constipation : oui non Incontinence fécale : oui non

4 – Se mouvoir et maintenir une bonne posture Se déplace habituellement seul : oui non Droitier Gaucher
 Marche : seul avec aide canne déambulateur
 Transferts : seul avec aide
 Rehausseur WC oui non

CHV/ Dossier Patient/ Ref 11-5 R/ V1/ Juin 2009

5 – Dormir et se reposer Qualité du sommeil : Sieste : oui non Nombre d'heures habituelles de sommeil :
 Habituelles d'endormissement (position, tisane, volets, lumière...) :
 Prise de somnifères : oui non Si oui, lesquels :
 Agité la nuit : oui non

6 – Se Vêtir et se dévêtir Aide habituelle d'un tiers : oui non Si oui, précisez :
 Aide à l'habillage : oui non Aide au déshabillage : oui non

7 – Maintenir la température du corps dans les limites de la normale Frileux : oui non Craint la chaleur : oui non

8 – Etre propre, soigné et protéger ses téguments Habitudes : Bain douche lavabo fréquence :
 Aide à la toilette : oui non

9 – Eviter les dangers Inquiétude, peur, anxiété :
 Douleur : oui non Précisez :

10 – Communiquer Langue parlée : Langue comprise :
 Confusion : oui non Fonctions supérieures altérées : oui non
 Voit correctement : oui non Voit mal : oui non Porte des lunettes : oui non
 Entend correctement : oui non Entend mal : oui non A un ou des appareils auditifs : oui non

11- Agir selon ses croyances souhaits par rapport à une religion :

12 – S'occuper en vue de se réaliser Actes de la vie quotidienne réalisés (fait son lit, gère son budget, son courrier...)

13 - Se recréer , se divertir Activités habituelles (lecture, TV, radio, activités manuelles, jardinage ...)

14 – Apprendre Connaissance de son état de santé, de sa situation : oui non

Date : Nom du ou des soignants qui ont réalisé l'entretien :

ANNEXE 2 : La Fiche de Surveillance Alimentaire

Fiche de surveillance alimentaire

étiquette		Texture Régime							Normale Normal		Hachée Autre		Mixée	
Petit déjeuner			Midi					Soir					Compléments	Boissons
Date	Standard	céréales Inst.	HO	viande	garniture	fromage	dessert	potage	plat prot.	garniture	fromage	dessert	précisez le produit donné et quantité	quantité en ml
0														
1/4														
1/2														
1														
Remarques:														
Petit déjeuner			Midi					Soir					Compléments	Boissons
Date	Standard	céréales Inst.	HO	viande	garniture	fromage	dessert	potage	plat prot.	garniture	fromage	dessert	précisez le produit donné et quantité	quantité en ml
0														
1/4														
1/2														
1														
Remarques:														
Petit déjeuner			Midi					Soir					Compléments	Boissons
Date	Standard	céréales Inst.	HO	viande	garniture	fromage	dessert	potage	plat prot.	garniture	fromage	dessert	précisez le produit donné et quantité	quantité en ml
0														
1/4														
1/2														
1														
Remarques:														

Code de remplissage : 0= aucune consommation 1/4 = 1/4 de la ration consommée 1/2= la moitié de la ration consommée 1=3/4 ou toute la ration consommée
 Remarques : noter si patient à jeun, vomissements, refus ...

ANNEXE 3 : Etude comparative du recueil des paramètres de dépistage de la dénutrition dans les dossiers des patients estimés dénutris et non estimés dénutris de 75 ans et plus lors de l'audit d'octobre 2009

1. Les raisons de la réalisation de cette étude complémentaire

L'étude initiale portait sur les dossiers des patients estimés dénutris par les praticiens des services. Or la mise en place d'outils d'évaluation de l'état nutritionnel a pour objectif un dépistage systématique de l'ensemble des patients de 75 ans et plus.

Le but de cette étude supplémentaire était d'évaluer si ce dépistage avait effectivement été réalisé chez les patients estimés non dénutris.

2. Le principe de cette évaluation

Cette évaluation a été réalisée les mêmes jours que **l'audit d'octobre 2009**. Les **services étudiés** étaient les mêmes (9 au total) : les 4 services de médecine (A, B, C et D), les 2 services de chirurgie (C2 et D3) et les 3 unités de l'EHPAD (A, B et C).

Tous les dossiers des patients de 75 ans et plus qui n'avaient **pas été estimés dénutris** par les praticiens des services, ont été étudiés. Les dossiers de soins et les dossiers médicaux disponibles ont été étudiés. Pour les dossiers de soins des résidents des 3 EHPAD, seule la partie non archivée des dossiers a été étudiée.

Les paramètres évalués étaient (selon les références proposées par la HAS) : le poids, la taille, la variation de poids, le calcul du pourcentage de la variation de poids, l'IMC, la recherche de facteurs de risques de dénutrition, et leur prise en compte, la biologie (Albumine, Pré-Albumine, CRP), la notion d'absence de risque ou d'absence de dénutrition.

3. Les résultats comparatifs

a) La population étudiée

La totalité des dossiers des patients non estimés dénutris ont été pris en compte. Les dossiers des patients estimés dénutris pris en compte étaient ceux sélectionnés pour l'enquête de pratiques observées d'octobre 2009 précédemment présenté (Tableau A).

Tableau A : Répartition des dossiers des patients estimés dénutris et non estimés dénutris de 75 ans et plus étudiés en octobre 2009.

	Dénutris N=37	Non dénutris N=88	p
Chirurgie	2	8	
Médecine	20	12	<0,001
EHPAD	15	66	

EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes.

b) Le poids, la notion de variation de poids, la taille, l'IMC et la biologie

Tableau B : Comparaison de la présence des principaux paramètres de dépistage de la dénutrition dans les dossiers des patients estimés dénutris et non estimés dénutris de 75 ans et plus étudiés lors de l'audit d'octobre 2009.

	Dossiers de patients non estimés dénutris N=88 n (%)	Dossiers de patients estimés dénutris N=37 n (%)	p
Poids (déclaratif et mesuré)	58 (65,9)	26 (70,3)	0,634
Variation de poids*	2 (2,3)	10 (27,0)	<0,001
Taille	8 (9,1)	1 (2,7)	0,279
IMC	1 (1,1)	1 (2,7)	0,506
Biologie (Albumine)	42 (47,7)	27 (73,0)	0,009

IMC : Indice de Masse Corporel.

Notes : Pour les dossiers de chirurgie, le poids et la taille étaient retrouvés sur les fiches d'anesthésie.

* Aucun pourcentage de variation de poids n'était retrouvé.

Le recueil de la variation de poids et de la biologie sont significativement plus importants dans les dossiers des patients estimés dénutris (Tableau B). En ce qui concerne le recueil de la biologie, lorsqu'elle était abaissée (<35g/l), la CRP n'était pas retrouvée dans tous les dossiers.

c) Les facteurs de risque de dénutrition et la synthèse diagnostique

Aucun facteur de risque de dénutrition n'était spécifiquement identifié comme tel, ni recherché. Les entretiens d'accueil étaient renseignés dans tous les dossiers d'EHPAD, et dans 2 dossiers de court séjour. Ils comportaient des informations relatives à ces facteurs de risque. Un dossier de court séjour comportait un courrier mentionnant un antécédent de dénutrition. Les situations suivantes, et pour certaines leur prise en charge, sont retrouvées dans les dossiers de l'EHPAD :

- Des troubles de déglutition dans 12 dossiers, dont la prise en charge est spécifiée pour 10 dossiers.
- Une notion de diminution de l'appétit dans 12 dossiers, dont une prise en charge est notée dans 5 dossiers,
- Des troubles moteurs (3 dossiers) pris en charge par la kiné,
- Des plaies et escarres (7 dossiers) pris en charge par la kiné, la psychomotricienne et la proposition de compléments nutritionnels oraux,
- Des troubles du transit (19 dossiers), pris en charge médicalement, ainsi que par la diététicienne,
- Des douleurs dentaires ou problèmes buccaux, pris en charge par traitement médical et consultation spécifique,
- Une situation de soins palliatifs avec soins de confort et discussion avec la famille tracée dans le dossier (3 dossiers).

ANNEXE 4 : Données du PMSI

Recueil des données

Ce recueil a été réalisé en collaboration avec le Dr Ghiotti, médecin du Département d'Information Médicale du CH de Voiron. Des recherches d'effectifs ont été réalisées à partir de la base de données du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) pour compléter notre étude. Le logiciel utilisé était Orbis PMSI[®].

Une première recherche a concerné :

- L'année 2007 puis 2009,
- Le nombre de passages à l'hôpital de Voiron, toutes Unités Fonctionnelles (UF) confondues, toutes Durées Moyennes de Séjour (DMS) confondues, tous âges confondus,
- Puis la même recherche, avec une restriction par l'âge : supérieur ou égal 75 ans.

Une seconde recherche a concerné :

- Les années 2007 et 2009,
- Le nombre de diagnostics de dénutrition déclarés à l'hôpital de Voiron, sans restriction sur le recrutement des patients, les types de diagnostics et le degré de sévérité,
- La même requête a été réalisée avec une restriction sur l'âge : supérieur ou égal à 75 ans.

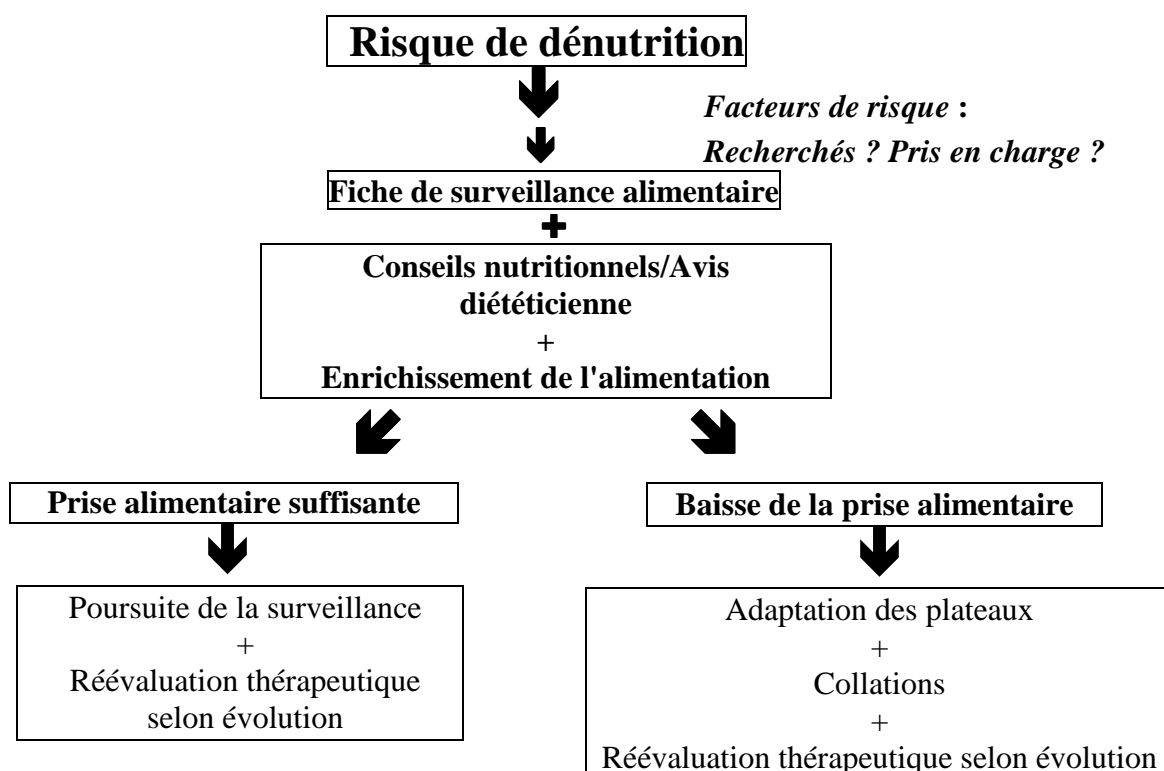
Résultats relatifs au recueil des données du PMSI

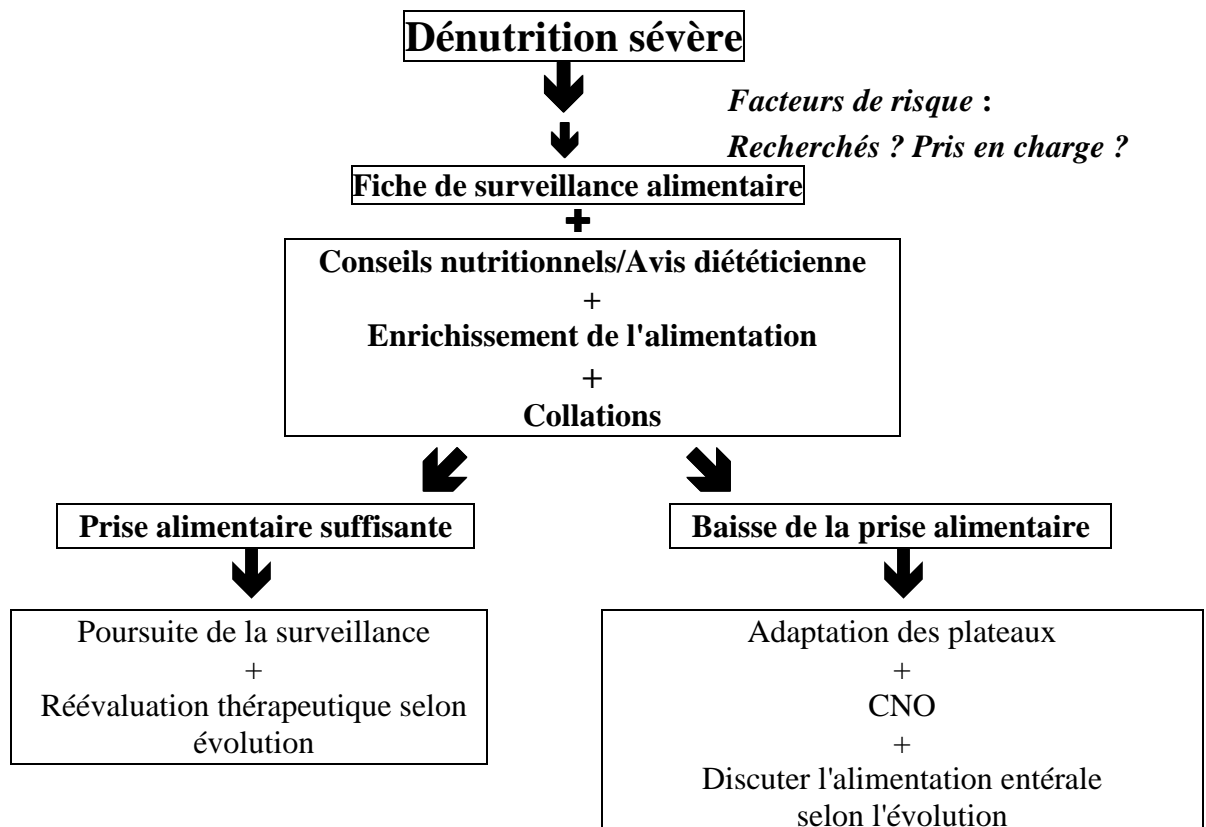
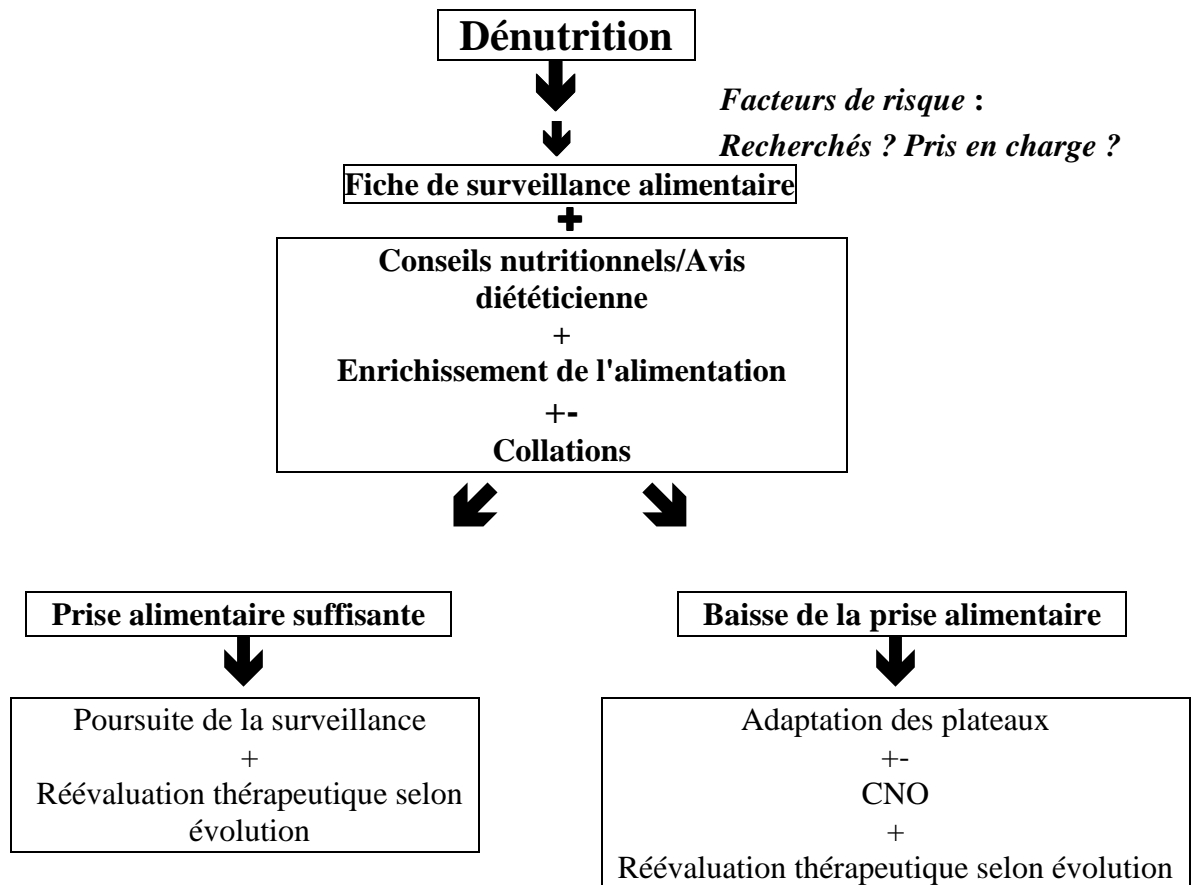
Le nombre de passages totaux des patients âgés de 75 ans et plus sur l'année 2007 n'était pas significativement différent de l'année 2009 (3 761/15856 soit 23,7% en 2007 vs 4046/16671 soit 24,3% en 2009, +0,6%, $p=0,246$). En revanche, le nombre de diagnostics de dénutrition pour les patients âgés de 75 ans et plus était passé de 169 à 368 entre 2007 et 2009, soit une augmentation d'un facteur 2,18.

ANNEXE 5 : Proposition d'un outil de prise en charge de la dénutrition de la personne âgée

Le principe de cet outil :

- Il est simple d'utilisation, en fonction du diagnostic, la conduite à tenir peut rapidement être mise en place,
- Les critères diagnostics de risque, de dénutrition, et de dénutrition sévère reprennent les recommandations :
 - **Risque de dénutrition** : Paramètres diagnostiques de la dénutrition normaux, mais présence de facteurs de risque et hospitalisation secondaire à un épisode aigu ;
 - **Dénutrition** : Paramètres diagnostiques en faveur d'une dénutrition : Variation de poids de plus 5% en 1 mois ou IMC < 21kg/m² ou PréAlbumine < 0,20g/l (CRP normale) ;
 - **Dénutrition sévère** : Paramètres diagnostiques en faveur d'une dénutrition sévère : Variation de poids de plus 10% en 6 mois ou IMC < 18kg/m² ou PréAlbumine < 0,15g/l (CRP normale) ;
- La recherche des facteurs de risque et des facteurs aggravants curables est indispensable en complément de la prise en charge nutritionnelle.





ANNEXE 6 : SYNTHÈSE DES PROPOSITIONS D' ACTIONS D' AMÉLIORATION DES PRATIQUES

PRIORITES	OBJECTIFS	ACTIONS
PREVENTION	- Raccourcir le jeûne nocturne	<ul style="list-style-type: none">• Mise en place d'un groupe de travail en collaboration avec le CLAN et la commission Restauration de l'EHPAD

PRIORITES	OBJECTIFS	ACTIONS
DEPISTAGE	<ul style="list-style-type: none"> - Dépister la dénutrition <u>chez tout patient de 75 ans et plus hospitalisé à l'hôpital de Voiron, dès son entrée</u> - Dépister la dénutrition <u>chez tout résident de 75 ans et plus au moins 3 fois par an, sauf en cas d'épisode aigu ou de dénutrition avérée</u> 	<ul style="list-style-type: none"> • Acquérir du matériel de mesure du poids et de la taille <ul style="list-style-type: none"> - Modules de pesée (Médecine et EHPAD) - Toises, après bilan de l'existant dans les services • Mise en place d'outils pour faciliter le recueil des paramètres dépistés : <ul style="list-style-type: none"> - Précision des items sur l'entretien d'accueil (poids <u>habituel</u> ; <u>intervalle de temps</u> sur lequel la variation de poids est apparue ; ajout d'items sur l'<u>appétit</u>, la prise de <u>collations</u>, de <u>CNO</u> à domicile) - Mise en place d'un outil spécifique précisant le rôle de chaque professionnel / discuter la mise en place d'une EMP • Accompagner les services dans des réflexions et des projets de service concernant le dépistage de la dénutrition : <ul style="list-style-type: none"> - Réflexion sur la systématisation de la mesure du poids à l'entrée et à la sortie des patients • Formation et sensibilisation les soignants et les médecins <ul style="list-style-type: none"> - Sur l'utilisation des outils mis en place et leur importance - Sur l'importance d'objectiver rapidement la dénutrition

PRIORITES	OBJECTIFS	ACTIONS
<p>PRISE EN CHARGE</p>	<p>- Prendre en charge de manière optimale chaque patient selon son risque (risque de dénutrition, dénutrition ou dénutrition sévère)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Définir une pratique de prise en charge coordonnée de la dénutrition de la personne âgée au CH de Voiron - Proposer un outil spécifique en EHPAD et en court séjour
		<ul style="list-style-type: none"> • Favoriser la prise de collations pour enrichir l'alimentation - Proposer dans chaque service une 'réserve' de collations (hors CNO)
		<ul style="list-style-type: none"> • Accompagner les services dans des réflexions et des projets de service concernant le dépistage de la dénutrition - Réflexion sur la disponibilité des soignants lors des repas, et le moyen de faciliter l'aide à l'alimentation
		<ul style="list-style-type: none"> • Formation des médecins et des soignants - Sur l'utilisation des outils mis en place et leur importance - Sur la prescription des CNO, la nécessité de tracer leur distribution et la quantité consommée

PRIORITES	OBJECTIFS	ACTIONS
<p align="center">SUIVI DU PATIENT ET COORDINATION DE LA PRISE EN CHARGE</p>	<p>- Transmettre au médecin traitant et aux acteurs ambulatoires les informations nécessaires à la suite de la prise en charge nutritionnelle du patient</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Proposition d'ajout dans la maquette de courrier de sortie d'un paragraphe sur l'état nutritionnel du patient âgé
<p align="center">POURSUITE DE L'AMELIORATION DE LA QUALITE</p>	<p>- Evaluation des actions mises en place</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Réévaluer la fiche de surveillance alimentaire à distance • Evaluer la prévalence de la dénutrition à l'hôpital de Voiron • Evaluation spécifique des pratiques de dépistage et de prise en charge de la dénutrition dans les services de chirurgie
	<p>- Valoriser de l'activité et la prise en charge réalisée</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Faire le bilan de l'activité des diététiciennes (envisager si nécessaire une augmentation de leur temps de travail)

BIBLIOGRAPHIE

1. Gaymu J. Aspects démographiques du vieillissement. Institut national d'études démographiques. BEH n°05-06 (7 février 2006). Paris, 2006. [consulté le 01/04/2009]. Disponible sur l'URL : http://www.invs.sante.fr/beh/2006/05_06/beh_05_06_2006.pdf
2. Ferry M, et al. Nutrition de la personne âgée. 3^e édition. Collection Abrégés de médecine. Issy-les-Moulineaux: Masson; 2007.
3. Brocker P. Impact médico-économique de la dénutrition chez les sujets âgés. Rev Ger 2008; 33(7):619-26.
4. ANAES. Evaluation diagnostique de la dénutrition protéino-énergétique des adultes hospitalisés. In: Service des recommandations professionnelles, ANAES ; Paris: 2003.
5. Belmin J. La malnutrition protéino-énergétique du senior : une situation fréquente après une hospitalisation. Rev Ger 2006; 31:415-9
6. Dramé M, Novella J.M, Lang P.O, Somme D, et al. Derivation and validation of a mortality-risk index from a cohort of frail elderly patients hospitalised in medical wards via emergencies: the SAFES study. Eur J Epidemiol 2008; 23:783–91.
7. Dramé M, Jovenin N, Novella J.L, Lang P.O, et al. Predicting early mortality among elderly patients hospitalised in medical wards via emergency department : The SAFES Cohort study. JNHA 2008; 12(8):599-604.
8. Rodier M, Fabbro Perray P, Poujol H, Marino C, Garcia N. Évaluation des pratiques de dépistage et de la prévalence de la dénutrition au CHU de Nîmes [Abstract]. Nutr Clin Metab 2008; 21:S25–S53.
9. Bourdel-Marchasson I. Prise en charge et prévention des risques Nutritionnels. Presse Med 2006; 35: 561-2.
10. Desport J, Dorigny B, Zazzo J.F, Mazon V, Lesourd B, Hébuterne X. Modalités d'évaluation et de prise en charge nutritionnelles des personnes âgées par les médecins généralistes en France métropolitaine [Abstract]. Nutr Clin Metab 2007; 21:S31–S46.
11. Ministère de l'emploi et de la solidarité. Programme National Nutrition Santé 2001-2005. Paris, 40p. [consulté le 09/01/2009]. Disponible sur l'URL : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/34_010131.htm

12. Ministères de la Santé et des Solidarités. Deuxième Programme National Nutrition Santé 2006-2010 : Actions et mesures. Paris : Ministère de la santé et des solidarités, septembre 2006, 51 p. [consulté le 10/01/2009]. Disponible sur l'URL : http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/pnns_060906/plan.pdf
13. GUY-GRAND B. Alimentation en milieu hospitalier : rapport de mission à Monsieur le Ministre chargé de la santé [synthèse]. FRANCE. Ministère de la santé. [consulté le 14/06/2009]. Disponible sur l'URL : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/974060600/synth.shtml>
14. Ricour C, Zazzo JF. Mise en place d'une politique nutritionnelle dans les établissements de santé. Rapport de Mission de Monsieur le Professeur Claude Ricour. Décembre 2002. Version adaptée pour la diffusion sur le site du Ministère de la Santé. [Consulté le 15/11/2009]. Disponible sur l'URL : http://www.sante-sports.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_mission_Ricour_decembre_2002.pdf
15. Grenier-Sennelier C, Corriol C, Daucourt V, Michel P, Minvielle E. Développement d'indicateurs de qualité au sein des établissements de santé : le projet COMPAQH. Rev Epidemiol Sant Pub 2005; 53:1S22-30.
16. HAS. Fiche descriptive de l'indicateur : Dépistage des troubles nutritionnels. Juillet 2009. [consulté le 12/02/2009]. Disponible sur l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-07/ipaqss_20090730_fiche_dtn.pdf.
17. Corriol C, Grenier C, Coudert C, Daucourt V, Minvielle E. COMPAQH : recherches sur le développement des indicateurs qualité hospitaliers. Rev Epidémiol Sant Pub 2008; 56S:S179-88.
18. Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996. [consulté le 14/06/2009]. Disponible sur l'URL : <http://www.upml.fr/ordonnances/ohp12.htm#t2>
19. HAS. Compte-rendu de certification de Mai 2006 comportant le suivi des décisions de la HAS Juin 2007 concernant le CH Pierre-Bazin. [consulté le 12/02/2009]. Disponible sur l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2426_additif_crac.pdf
20. HAS. Stratégies de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Critères de qualité pour l'évaluation et l'amélioration des pratiques. Service des recommandations professionnelles, HAS ; Paris : 2008.
21. HUBERT Julie. Virginia Hendersson. Cours de soins infirmiers. Avril 2009. [consulté le 11/02/2010]. Disponible sur l'URL : <http://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu/cours/cours-soins-infirmiers-virginia-henderson.html>

22. Vaillant M F, Joly L, Guerroumi V, Vedder T, Cans C, Paillet D, Roth H, Fontaine E, Halimi S. Une équipe mobile de pesage : à quoi ça sert ? [Abstract]. *Nutr Clin Metab* 2008 ; 21:S25–53.
23. Senesse P, Augeix N, Mathieu-Daudé H, Janiszewski C, et al. Dénutrition, évaluation Compaqh, accréditation et T2A : un cocktail détonant ! [Abstract]. *Nutr Clin Metab* 2007; 21:S47–81.
24. Vaillant M.-F, Cans C, Roth H, Fontaine E, Halimi S. Il faut coter la dénutrition, même dans les services à comorbidités nombreuses [Abstract]. *Nutr Clin Metab* 2007; 21:S47–81.
25. HAS. Stratégie de prise en charge en cas de dénutrition protéino-énergétique chez la personne âgée. Recommandations pour la pratique clinique. Paris: HAS - Avril 2007. [consulté le 12/03/2009]. Disponible sur l'URL : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/denuitrition_personne_agee_2007_-_recommandations.pdf
26. Hasselmann M, Alix E. Outils et procédures de dépistage de la dénutrition et de son risque en milieu hospitalier. *Nutr Clin Metab* 2003; 17:218–26.
27. Sullivan D.H, Johnson L.E, Bopp M.M, Roberson P.K. Prognostic Significance of Monthly Weight Fluctuations Among Older Nursing Home Residents. *Journal of Gerontology* 2004; 59A(6):633–9.
28. Chumlea WC, Roche AF, Steinbaugh ML. Estimating stature from knee height for persons 60 to 90 years of age. *J Am Geriatr Soc* 1985; 33:116-20.
29. Ziegler F, Déchelotte P. L'évaluation nutritionnelle chez le sujet âgé en 2008. *Nutr Clin Metab* 2009; 23:124–8.
30. Beck A.M, Ovesen. At which body mass index and degree of weight loss should hospitalized elderly patients be considered at nutritional risk ? *Clin Nutr* 1998; 17(5): 195-8.
31. Blonde-Cynober F, Aussel C. Evolution en 20 ans de l'exploration de l'état nutritionnel. *Nutr Clin Metab* 2006; 20: S17-21.
32. Bionda C. Bilan biologique standard dans le dépistage de la dénutrition au CH de Voiron (CLAN). Document remis lors de la réunion du CLAN du 09/02/2010.
33. Bach-Ngohou K, Bettembourg A, Le Carrer D, Masson D, Denis M. Evaluation clinico-biologique de la dénutrition. *Ann Biol Clin* 2004; 62(4):395-403.

34. Bouillanne O, Dupont C, Hay P, Duché C, Cynober L, Aussel C. L'albumine est un marqueur pronostique de morbidité et de mortalité et non un marqueur de l'état nutritionnel chez les patients âgés hospitalisés [Abstract]. *Nutr Clin Métab* 2008; 21:S25–53.
35. Secher M, Soto M.E, Villars H, Goineau C, et al. Le MNA en pratique clinique et en recherche : réflexion après vingt ans d'existence. In : Hébuterne X, et al. *Traité de nutrition de la personne âgée*. Ed. Springer-Verlag, Paris 2009.
36. Van Nes M.C, Herrmann F.R, Gold G, Michel J-P, Rizzoli R. Does the Mini Nutritional Assessment predict hospitalization outcomes in older people ? *Age and Ageing* 2001; 30: 221-226.
37. Vellas B, Guigoz Y, Garry PJ, Nourhasemi F, Benaïm D, Lauque S, Albaredo JL. The Mini Nutritional Assessment (MNA) and Its Use in Grading the Nutritional State of Elderly Patients. *Nutrition* 1999; 15:116-22.
38. Aussel C, Cynober L. Méthodes diagnostiques de la dénutrition chez la personne âgée. In : Hébuterne X, et al. *Traité de nutrition de la personne âgée*. Ed. Springer-Verlag, Paris 2009.
39. Constans T, Alix E, Dardaine V. Malnutrition protéino-énergétique. Méthodes diagnostiques et épidémiologie. *Presse Med* 2000; 29:2171-6.
40. Thibault R, Goujon N, Le Gallic E, Clairand R, et al. Use of 10-point analogue scales to estimate dietary intake: A prospective study in patients nutritionally at-risk. *Clin Nutr* 2009; 28:134–40.
41. Lesourd B. Évaluation de l'état nutritionnel du sujet âgé. *Cah. Nutr. Diét.* 1999; 34(5):320-8.
42. Augeix N, Fiore S, Thézenas S, Fouques L, et al. Validation de l'échelle visuelle analogique des ingesta (EVA) en comparaison avec l'enquête alimentaire [Abstract]. *Nutr Clin Metab* 2009; 23(S1):40-1.
43. Raynaud-Simon A. Complémentation orale : spécificités gériatriques. *Nutr Clin Metab* 2005; 19:90-4.
44. Grégoire J, Bertoglio J, Negrel M, Brocker P, Hébuterne X, Schneider S. Évaluation des pratiques de délivrance des compléments nutritionnels oraux chez des soignants en milieu gérontologique [Abstract]. *Nutr Clin Metab* 2008; 21:S54–S152.
45. Grigioni S, Leff M, Amsellem C, Carpentier M, Déchelotte P. Utilisation des compléments nutritionnels oraux dans un CHU : qualité de prescription, compliance et satisfaction des patients [Abstract]. *Nutr Clin Metab* 2008; 21:S54–S152.

46. Volkerta D, Bernerby Y.N, Berryc E, et al. ESPEN Guidelines on Enteral Nutrition: Geriatrics. Clin Nutr 2006; 25:330–60.
47. Mline A.C, Avenell A, Potter J. Meta-analysis: Protein and Energy Supplementation in Older People. Ann Intern Med. 2006; 144:37-48.
48. Constans T. Stratégies nutritionnelles en gériatrie. La revue de médecine interne 2004; 25:S345–8.
49. Raynaud-Simon A, Barrou Z, Charru P, Maudieu L, et al. Document d'aide à la prescription médicale nutritionnelle et diététique chez les sujets âgés. Nutrition clinique et métabolisme 2004; 18:88–91.
50. Dehlavi A, Ciutto L, Grolimund-Berset D, Teta D, Coti Bertrand P. Impact d'un algorithme décisionnel sur la dénutrition sévère dans le centre d'hémodialyse chronique d'un CHU. [Abstract]. Nutr Clin Metab 2009; 23(S1) 41.
51. Recommandation n° J5-07 du 4 mai 2007 relative à la nutrition. Groupe d'Etude de Marché – Restauration Collective et Nutrition. Ministère de l'économie de l'industrie et de l'emploi. [consulté le 20/01/2010] Disponible sur l'URL : http://www.minefi.gouv.fr/directions_services/daj/guide/gpem/nutrition/3-3.pdf.
52. Guide de Bonnes Pratiques en EHPAD. Octobre 2007. Direction générale de la Santé. Direction Générale de l'Action Sociale. Société Française de Gériatrie et Gérontologie. [consulté le 20/01/2010]. Disponible sur l'URL : <http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/alzheimerpresse/ehpad.pdf>.
53. RONGIER D, FREIRE C. Projet de soins 'Nutrition' 2007-2011 — CH Voiron. Janvier 2007.
54. Baldwin C, Parsons T.J. Dietary advice and nutritional supplements in the management of illness-related malnutrition : systematic review. Clin Nutr 2004; 23:1267-79
55. Rufenacht U, Rühlin M, Wegmann M, Imoberdorf R, Ballmer P. E. Nutritional counseling improves quality of life and nutrient intake in hospitalized undernourished patients. Nutr 2010; 26(1):53-60.
56. Enquête sur la restauration de l'EHPAD. EHAPD de Coulevie. CH de Voiron. Novembre 2009. [Document Power Point]
57. MEAH. Colloque sur le thème de l'organisation de la fonction restauration. Table ronde N°1 : Modifier les horaires des repas pour réduire le jeûne nocturne. Janvier 2008. [Consulté le 22/02/2009]. Disponible sur l'URL <<http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/?id=1259>>

- ^{58.} François P, Boyer L, Weil G. Implantation d'une démarche qualité dans les services médicaux d'un hôpital universitaire : facteurs d'accélération et de frein. *Rev Epidemiol Sant Pub* 2008; 56S:S189–95.
- ^{59.} MEAH. Comité de Liaison Alimentation et Nutrition. Mettre en place et animer un CLAN. Guide pour les établissements de santé. Paris, 2008. [Consulté le 22/02/2009]. Disponible sur l'URL : http://www.meah.sante.gouv.fr/meah/uploads/tx_meahfile/BPO_CLAN_v21.pdf
- ^{60.} Gariballa S, Forster S. Dietary Supplementation and Quality of Life of Older Patients : A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Trial. *J Am Geriatr Soc* 2007; 55:2030–4.



Qui dias memorem laudes, repetámque fideles
 Ingenij dotes, Hippocratisque decus.
 Democriti auditor Phœbea, ô, Coë propago,
 Certius an quis te tradidit artis opes?

SERMEN D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.